

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**CUIDANDO DO ADOLESCENTE A PARTIR DE
FATOS INSTALADOS E SURGIDOS NO SEU
PROCESSO EVOLUTIVO**

Baseado no Sistema Conceitual de
Martha E. Rogers

Florianópolis, 1997.


CRISTINA VIVAN
FRANCIS RITA BELTRAME
IVÂNIA DA COSTA

**CUIDANDO DO ADOLESCENTE A PARTIR DE
FATOS INSTALADOS E SURGIDOS NO SEU
PROCESSO EVOLUTIVO**

Baseado no Sistema Conceitual de

Martha E. Rogers

Trabalho de conclusão da
disciplina de Enfermagem Assistencial
Aplicada, do curso de Graduação em
Enfermagem da UFSC.

N.Cham. TCC UFSC ENF 0514
Autor: Vivan, Cristina
Título: Cuidando do adolescente a partir

972491983 Ac. 241494
Ex.1 UFSC BS CCSM CCSM

CCSM
TCC
UFSC
ENF
0514
Ex.1

Orientadora: Prof^ª Olga Regina Zigelli Garcia
Coorientadora: Ivonete Buss Heidemann
Supervisora: Elizabeth Becker

Energia é a própria vida. Ela está dentro de nós, dentro dos minérios, dos vegetais. Nas entranhas da terra, nos raios de sol. Energia é Deus. Há energia na voz que comanda, na pata do tigre, no olhar do carneiro, nos braços que realizam. Há energia na fé, no amor e na vontade. Nos gestos, na palavra e no bisturi do cirurgião. Há energia no trabalho, na ação e no desconhecido. No martelo e na bigorna, no punho que bate nas idéias, no cinzel, na ânsia por liberdade. Há energia no infinito. No céu e na terra. No fundo do mar. No reflexo da lua. No canto dos pássaros. Na força dos ventos. No frescor da brisa. Na corrida dos rios. Na queda d'água. Na mão que acaricia. Há uma imensa energia dentro de você. Use-a Energicamente!

(Autor: Desconhecido)

*“Eu vi o mundo hoje
E não soube o que dizer”*

(Lúcia, 15 anos)

AGRADECIMENTOS

Existem pessoas especiais, que compartilham do nosso dia-a-dia e cuja morada é nosso coração. Neste sentido, ao iniciarmos os agradecimentos, não poderíamos deixar de dar destaque a estas pessoas que contribuíram muito na busca do nosso aperfeiçoamento profissional, mas acima de tudo para o ser humano que nos tornamos.

Portanto gostaríamos de, ao concluir o presente estudo agradecer:

- Imensamente a Deus, por esta conquista. Foi uma caminhada árdua, mas enfim chegamos;

- Aos nossos familiares (esposo, filhos, sogra, namorado, pais e avós) que nos deram apoio e nos auxiliaram nas horas difíceis;

- As nossas companheiras de estágio pelo incentivo constante em cada passo conquistado e pelo estímulo nas horas de desânimo que nos levou a continuar na busca pelo crescimento profissional e pessoal. Acima de tudo agradecemos pelo compromisso do trabalho em grupo, companheirismo, cumplicidade que proporcionaram o bom desenvolvimento do trabalho.

Agradecemos também a todas as pessoas que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste estudo e em especial:

- As professoras do curso de graduação em enfermagem que nos ajudaram na construção do nosso conhecimento;
- A professora Tânia Mara Xavier Scóz que nos auxiliou e nos deu a “maior força” na elaboração da proposta inicial do projeto;
- Aos amigos que nos estimularam e incentivaram;
- A orientadora Olga Regina Zigelli Garcia, por ter aceito o desafio da orientação deste trabalho e ter se empenhado para a conclusão do mesmo;
- A supervisora, enfermeira Elisabeth Becker, pela sua dedicação e esforço em passar seus conhecimentos, pela amizade e companheirismo durante o nosso convívio;
- A coorientadora, enfermeira Ivonete Buss Heidemann pelo seu esforço e dedicação para o êxito deste trabalho;
- Ao Pedagogo Francisco Carlos da Veiga (Xico) pelo seu comprometimento com a proposta do grupo;
- A Psicóloga Maria Lúcia de Carvalho Gonzaga, pela disponibilidade e lucidez na orientação de nossas dores e dificuldades;
- A enfermeira doutora Alcione Leite da Silva, pela autenticidade em descortinar para nós uma perspectiva mais humanística e humanitária do cuidado de enfermagem, a partir do qual descobrimos um mundo maravilhoso de emoção, compromisso e integração;
- Ao Sandro Linhares da Silva, pela competência e esmero na elaboração e apresentação dos recursos audiovisuais;
- Ao Jaime Pedro Folster, pelo esforço, dedicação e paciência na

digitação e diagramação do projeto e relatório;

- A coordenação e funcionários do CEC, pelo carinho com que nos receberam e pela confiança que em nós depositaram;

- Aos adolescentes e suas famílias que permitiram que entrássemos em seu mundo propiciando uma interação positiva que nos fez crescer profissionalmente, mas acima de tudo, como seres humanos.

SUMÁRIO

1 - INTRODUZINDO O TEMA	11
2 - ESTABELECENDO OS OBJETIVOS.....	18
2.1 - Objetivo Geral.....	18
2.2 - Objetivos Específicos	18
3 - REVISANDO A LITERATURA.....	19
3.1 - Buscando conhecer o adolescente.....	19
3.2 - Refletindo sobre a educação em saúde.....	26
3.3 - Buscando conhecer alguns fatos surgidos na adolescência	28
4 - BUSCANDO O REFERENCIAL TEÓRICO.....	34
4.1 - Principais conceitos.....	35
4.1.1 - Campos de Energia.....	35
4.1.2 - Universo de Sistemas Abertos	36
4.1.3 - Padrão	36
4.1.4 - Quadridimensionalidade	36
4.1.5 - Ser Humano ou Campo Humano.....	36
4.1.6 - Meio Ambiente ou Campo Ambiental.....	37
4.1.7 - Enfermagem	37

4.1.8 - Enfermeiro	38
4.1.9 - Saúde-Doença	39
4.2 - Princípios de Homeodinâmica	40
4.2.1 - Integralidade.....	40
4.2.2 - Ressonância	40
4.2.3 - Helicidade	40
4.3 - O Processo de Enfermagem.....	41
4.3.1 - Coleta de Dados	41
4.3.2 - Diagnóstico	42
4.3.3 - Intervenção.....	44
4.3.4 - Avaliação	44
 5 - ESTABELECENDO AS AÇÕES METODOLÓGICAS	 45
5.1 - Aspectos gerais do campo de estágio.....	45
5.2 - População Alvo	47
5.3 - Plano de Ação	47
5.3.1 - Objetivo Geral	47
5.3.2 - Objetivos Específicos	47
 6 - FAZENDO O CRONOGRAMA DAS ATIVIDADES	 51
 7 - DESCREVENDO OS RESULTADOS DOS OBJETIVOS PROPOSTOS.....	 53
 8 - DESCREVENDO OS RESULTADOS DOS OBJETIVOS NÃO PROPOSTOS E REALIZADOS.....	 140

9 - FAZENDO AS CONSIDERAÇÕES FINAIS	142
10 - FAZENDO AS RECOMENDAÇÕES	145
11 - RELATANDO AS PERCEPÇÕES INDIVIDUAIS DAS ACADÊMICAS	147
11.1 - Cristina.....	147
11.2 - Francis.....	148
11.3 - Ivânia	150
12 - CITANDO A BIBLIOGRAFIA UTILIZADA	152
APÊNDICES.....	158
ANEXOS	168

RESUMO

Trata-se de um projeto assistencial desenvolvido no Centro de Educação Complementar (CEC) do bairro do Itacorubi, em Florianópolis, no período de 30.03.97 a 12.06.97, com o objetivo de prestar cuidado de enfermagem ao adolescente no seu campo ambiental a partir de fatos instalados e em surgimento no seu processo evolutivo, baseado no Sistema Conceitual de Martha E. Rogers. No período de desenvolvimento do projeto foram realizadas oficinas com os adolescentes, visando a educação em saúde, utilizando a dinâmica de grupo, arte-educação, cartazes, entre outros; consultas de enfermagem com a respectiva implementação do processo de enfermagem e visitas domiciliares com o objetivo de contactar o campo ambiental da clientela. Foram atendidos um total de vinte e seis adolescentes. Além destes, cada acadêmica acompanhou no decorrer do estágio três adolescentes de forma individual, num total de nove. O uso do Sistema Conceitual de Rogers, proporcionou às acadêmicas uma visão ampla do processo saúde-doença, ultrapassando a esfera do biológico. Desta forma, a visão de saúde-doença passa pelo entendimento de que a mesma reflete a expressão do processo vital do ser humano, sendo resultado da interação entre este e seu ambiente.. Nesta visão o enfermeiro é elemento participante ativo do processo de cuidar, na busca de formas de auxiliar o ser humano a assumir responsabilidades no seu processo saúde-doença, criando vínculos profundos e interesse sincero pelo cliente. Observou-se que houve expressão dos adolescentes da dificuldade de se manter a saúde frente a uma realidade tão desestruturada e conflituosa como aquela com a qual convivem. Apesar disso, as metas estabelecidas foram alcançadas, uma vez que houve evidência de mudanças satisfatórias para repadronização do processo vital dos adolescentes. Entende-se, portanto, que este projeto viabilizou a visão do adolescente em sua totalidade, através da troca de energia simultânea entre ele e seu meio, fornecendo suporte para facilitar a transição harmônica nesta fase do seu processo evolutivo.

1. INTRODUZINDO O TEMA

Há cerca de 2.500 anos atrás, as queixas com relação aos adolescentes eram extremamente parecidas com as atuais.

“Nossos adolescentes atuais parecem amar o luxo. Têm maus modos e desprezam a autoridade. São desrespeitosos com os adultos e passam o tempo vagando nas praças, mexericando entre eles... São inclinados a contradizer seus pais, monopolizam a conversa quando estão em companhia de outras pessoas mais velhas; comem com voracidade e tiranizam os seus mestres”. (Sócrates)

Até o século XVIII a adolescência foi confundida com a infância. Nas escolas jesuítas, garotos de 13 a 15 anos eram chamados indistintamente de crianças e adolescentes. A noção do limite da infância estava mais ligada à dependência do indivíduo do que a puberdade.

✚ Com a ascensão da burguesia como classe dominante, houve mudanças na estrutura escolar, surgindo a formação primária e a secundária. Assim se estabeleceu gradativamente uma relação entre idade e classe escolar e, a adolescência passou a ser melhor distinguida. Souza, (1987).

Da mesma forma, a importância enorme que se dá a adolescência hoje em dia surgiu em um passado bem recente. Ser jovem até poucos anos, era uma coisa a ser vivida apressadamente em direção ao ser adulto, como podem testemunhar nossos pais e avós. A adolescência era uma pedra no caminho da entrada do sistema social. Após a segunda guerra mundial, a juventude passou a

ser foco de atenção. A “contracultura” dos anos 60, reforçou esta tendência.

Hoje em dia ser jovem é algo a ser preservado e até prolongado o máximo possível. Os adolescentes são exaltados por todas as instituições sociais, partidos políticos, escolas, igrejas, meios de comunicação. Muitas pessoas vem estudando e tentando compreender o comportamento dos adolescentes, e vários conceitos vêm sendo formados e trabalhados no que se refere a adolescência.

Segundo Becker, (1989) a adolescência é uma fase fundamental para o desenvolvimento da personalidade , pois este momento amplia a autocrítica e proporciona alterações significativas na maneira como o adolescente age e reage aos estímulos sociais e familiares. É também uma fase de *transição* entre a infância e a idade adulta; uma época de transformações físicas, emocionais e sociais, onde meninos e meninas preparam-se para assumir os papéis de homens e mulheres adultos.

Tiba (1986, p. 37), descreve o adolescente como um “ser humano em crescimento, em evolução para atingir a maturidade biopsicossocial. É nesta fase que ele tem mais necessidade de por em prática a sua criatividade. Para ser criativo, precisa ser espontâneo. Para ser espontâneo, precisa tomar conhecimento de si mesmo. É também nesta fase que ele tem mais necessidade de se relacionar com outras pessoas, promover encontros. Isto é possível à medida que diminuem as relações transferenciais”.

Para Souza, (1981), a adolescência é um período de síntese onde se combinam todas as tendências anteriores resultando em determinado tipo de conduta não só com relação a sexualidade, mas também em outras áreas, como nas relações interpessoais e no trabalho.

Sales (1985) afirma que o adolescente não vive feliz, pois vive o luto de perder o corpo e a segurança infantis e, por isso, enfrenta angustiante crise de identidade.

O jovem reclama por liberdade, deseja-a mas, inconscientemente espera que exista um controle externo para conter seus impulsos. Pode queixar-se e até rebelar-se, mas tais limites costumam atender as expectativas até que se encontre maduro, apto para viver sua plena liberdade. Souza, (1989).

Não se pode precisar com exatidão o período da adolescência. Segundo Waley & Wong (1989) o período a adolescência inicia-se com o aparecimento dos caracteres sexuais secundários em torno dos onze/doze anos de idade e termina com a cessação do crescimento corporal, por volta dos dezoito/vinte anos.

Durante a adolescência ocorre um fenômeno chamado *puberdade*, onde a criança passa por grandes transformações físicas, emocionais, comportamentais e fisiológicas. Ao atingir a puberdade, juntamente com as modificações físicas proporcionadas pela secreção dos hormônios sexuais, o adolescente sente-se estimulado a resolver suas necessidades instintivas, buscando satisfações nas experiências amorosas e genitais.

A maturação sexual acompanha-se invariavelmente de aumento espetacular de crescimento corporal. Este aumento processa-se numa seqüência que engloba primeiramente o aumento no comprimento dos membros, pescoço, mãos e pés. As diferenças sexuais em relação aos padrões de crescimento geral e de distribuição, manifestam-se no crescimento do esqueleto, da massa muscular, do tecido adiposo, pele e anexos. Ocorre também hipertrofia da glândula laríngea e das cordas vocais com conseqüente mudança de voz. Os pêlos assumem distribuição característica (genitais, axilas, tórax) e sua textura também se modifica . Becker (1989).

As mudanças nas funções fisiológicas ocorridas na adolescência são alterações cárdio-circulatórias e pulmonares. O volume e a força de contração do coração aumentam; o volume sanguíneo total atinge um valor mais elevado no

sexo masculino.

Diante de tanta transformação o adolescente reage a mudanças na imagem corporal e, dependendo do seu “equilíbrio” vital, essa reação trará ou não conseqüências graves.

* | O conflito social com relação ao adolescente é grande. A família não compreende suas atitudes, seu comportamento. Ninguém lhe dá “crédito” no sentido de respeitar seu silêncio ou indiferença. Não lhe dão oportunidade de manifestar suas opiniões. Alguns autores crêem que é necessário dar maior atenção ao ser que está em pleno desenvolvimento físico, mental , social e espiritual, para que este possa alcançar seu equilíbrio vital.

A adolescência é uma época na qual a auto-consciência do indivíduo atinge um ponto culminante em virtude de sua consciência em relação ao sexo. O adolescente aprende a fazer uso de suas capacidades mentais em desenvolvimento, ao mesmo tempo que procura ajustar-se às mudanças, as quais podem aumentar ou diminuir sua auto-estima. Aumenta sua capacidade de raciocinar, avaliar, julgar e usar pensamentos divergentes, com o objetivo de encontrar idéias novas.

Para Becker (1989) é no período da adolescência que o ser humano passa a ter uma atitude ativa, questionadora, acentuando características como auto-crítica, imaginação, comunicação, sentimentos e emoções. O que normalmente gera ansiedade e tensão.

* | O adolescente vive a crise de adollescer dentro de uma outra crise, que é a do mundo atual, contraditório e complexo. Chocam-se valores, hábitos e costumes. Mudanças sociais, fisiológicas, psicológicas rápidas e desordenadas; industrialização crescente, urbanização, situação política internacional tensa, geram ainda mais confusão e conflitos que, quando não resolvidos provocam disrritmias do campo humano e ambiental do adolescente com graves

consequências na vida adulta.

* Estas características são universais, apesar de cada adolescente vivê-las de modo único. As diferenças ficam por conta da cultura e ambiente no qual o adolescente está inserido e da bagagem de experiências individuais, o que modifica sobremaneira o modo com que cada um recebe e responde aos estímulos externos e internos.

As mudanças ocorridas na adolescência não se efetuam sem conflitos. Bonilla (1989) considera que as mudanças (desejadas ou impostas por agentes internos e externos) relacionam-se diretamente com o conceito de crise. Erikson apud Rodrigues (1996), complementa esta idéia afirmando que a crise nada mais é que uma possibilidade de transformação, onde o indivíduo pode sair fortalecido em diversos aspectos do seu crescimento.

Em consequência a todas as transformações no ciclo vital do adolescente ele fica vulnerável e podem ocorrer disritmias com graves consequências físicas e, inclusive mentais. No entanto se o mesmo tiver um direcionamento adequado com suporte para seus conflitos, poderá superá-los sem danos, prevenindo distúrbios que possam vir a acontecer.

No nosso entendimento, a enfermagem enquanto cuidadora do ser adolescente, deve objetivar a redução da frequência de distúrbios de qualquer ordem, compartilhando conhecimentos e habilidades com o mesmo, e pessoas do contexto no qual está inserido (família, escola, instituição de saúde e outros), promovendo oportunidades de expressão, de sentimentos e conflitos. O cuidado de enfermagem deve se dar através de uma ação voltada para a educação em saúde, objetivando as mudanças dos conceitos que provocam a relação desarmônica entre o ser humano e o meio ambiente. Para tanto, deve buscar mobilizar nos adolescentes recursos físicos, psico-sócio-culturais no sentido de promover a interação sincrônica com seu “eu” e o meio ambiente, atingindo com

isso o máximo potencial de saúde.

Baseados nos dados da literatura que indicam ser a adolescência um período de alta vulnerabilidade, permeado por questionamentos geradores de crises e conflitos, optamos por prestar cuidado de enfermagem ao adolescente no seu campo ambiental a partir de fatos instalados e em surgimento no seu processo evolutivo.

Por acreditarmos que para uma atuação efetiva a enfermagem necessita desenvolver uma metodologia de trabalho fundamentada em um método científico, buscamos fundamentar nossa proposta de trabalho na teoria de Martha E. Rogers.

Entendemos que a operacionalização da Teoria dos Seres Humanos Unitários, proposta por Martha Rogers, instrumentaliza o cliente e/ou pessoas do seu meio a redirecionar por si próprios seu processo vital. O enfermeiro/equipe de enfermagem, deve proporcionar independência gradativa nos cuidados, visto que, interferências nos campos de energia humano e ambiental podem ocorrer a qualquer momento em função da dinâmica e permanente interação destes campos. Isto se dá pelo fato de a Teoria enfatizar o cliente enquanto ser e de incentivar o poder de auto-cura e auto-cuidado. Sob esta perspectiva a responsabilidade dos profissionais da saúde cresce, pois eles devem incorporar em sua prática a necessidade de avaliar continuamente o processo de cuidar, buscando formas cada vez mais eficazes de auxiliar o ser humano a assumir sua responsabilidade no seu processo saúde-doença, quer aprimorando conhecimentos, quer desenvolvendo intuição e capacidade de abstração, sem falar na necessidade de criar vínculos profundos e interesse sincero pelos clientes. Rogers, apud Silva, (1993).

Outro motivo que nos levou a escolha desta teoria reside no fato de Rogers não isentar o enfermeiro do processo. Deve ele comprometer-se

profundamente, engajar-se nele e também auto conhecer-se, auto transformar-se e redirecionar seu processo vital no sentido de melhorar sua qualidade de vida.

2 - ESTABELECENDO OBJETIVOS

2.1 - Objetivo Geral

Prestar cuidado de enfermagem ao adolescente no seu campo ambiental e a partir de fatos instalados e em surgimento no seu processo evolutivo, baseado na teoria de Martha E. Rogers.

2.2. - Objetivos específicos

2.2.1 - Conhecer a área física da instituição, os funcionários e as normas e rotinas da mesma.

2.2.2 - Avaliar periodicamente as atividades desenvolvidas no estágio.

2.2.3 - Conhecer o campo ambiental na qual a clientela está inserido.

2.2.4 - Promover educação e saúde aos adolescentes frequentadores da instituição.

2.2.5 - Prestar cuidado de enfermagem individualizado ao adolescente, baseado no referencial de Rogers.

2.2.6 - Buscar o aprofundamento teórico dos temas pertinentes à adolescência.

2.2.7 - Refletir e trabalhar os fatos instalados e surgidos no grupo de acadêmicas no decorrer do estágio.

3 - REVISANDO A LITERATURA

3.1- Buscando conhecer a adolescência

“Não gosto de minhas pernas; elas são tortas”. “Minha mãe me acha desajeitada. Ela queria que eu usasse vestido, mas eu gostava de roupas soltas, de menino; não me interessava em me arrumar”. “Minha filha, você é uma aborrecente!”. “Vocês querem sair agora? Quando tiverem vinte anos já estarão manjadas”. “Você parece uma macaco pulando de galho em galho; nada que você começa você termina”. “E agora ela me inventa de mudar de religião!”. “Ninguém vai querer namorar comigo!”

Mas afinal, quem é este ser questionador, irrequieto, “do contra” a quem chamamos adolescente? E o que é adolescência? Que transformações são estas que provocam tamanho alvoroço na cabeça e no meio ambiente em que está inserido o adolescente?

Muitos termos são utilizados para designar este momento especial do processo vital do ser humano. O termo puberdade diz respeito a primeira fase da adolescência, quando se torna evidente a maturação sexual, objetivados na menina pelo primeiro fluxo menstrual, e no menino pode vir acompanhada pelo aumento do tamanho do pênis e testículos. A adolescência, que significa literalmente, “crescer para maturidade” geralmente é considerada como um

processo psicológico, social e de maturação - que inicia com as mudanças da puberdade. Papalia & Olds (1991, p. 446).

Para Patrício (1990), sob o ponto de vista biológico existe uma gradual e progressiva transformação entre o organismo infantil e o organismo adulto, desencadeada pela glândula hipofisária que tem importância crítica na regularidade do crescimento na puberdade. Esta glândula localiza-se na base do cérebro e recebe sinais enviados pelas células do hipotálamo para começar a liberar hormônios anteriormente inibidos. A ativação desses hormônios tem efeito estimulante sobre a maioria das demais glândulas endócrinas, entre elas a tireóide, a adrenal, os testículos e os ovários que, por sua vez, ativam seus próprios hormônios relacionados ao crescimento e ao sexo. Estes últimos incluem androgênios (hormônios masculinizantes), estrogênios (hormônios feminizantes) e progestinas (hormônios da gravidez). Estes e outros hormônios interagem de maneira complexa para estimular a progressão ordenada do desenvolvimento físico e fisiológico.

Whaley & Wrong (1989) dizem que as mudanças físicas mais óbvias são percebidas através do crescimento físico acelerado e do aparecimento e desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários. Os menos óbvios correspondem a alterações fisiológicas e a maturação gonadal, as quais se acompanham da capacidade para procriar. Papalia & Olds (1981) afirma que toda esta ação hormonal propicia a distinção física entre os sexos, quer seja em seus caracteres sexuais primários (órgãos internos e externos responsáveis pelas funções reprodutivas), quer seja nos caracteres sexuais secundários (distribuição de pêlos, largura dos quadris e ombros, tonalidade da voz, entre outros).

Durante a puberdade as diferenças no crescimento do esqueleto parecem estar condicionadas também a ação dos hormônios. Na menina o crescimento cessa mais precocemente, em virtude da ação dos estrogênios,

enquanto que nos meninos a ação da testosterona é menos poderosa, fazendo com que o fechamento das linhas epifisárias se processem mais lentamente, resultando em estatura geral mais alta e em maior comprimento de braços e pernas e maior largura de ombros. A hipertrofia da mucosa laríngea, aumento da laringe e cordas vocais resultam em mudança de voz, muito mais impressionante no menino.

Mussen et al (1992) descrevem que após o crescimento ósseo, instala-se o aumento da massa muscular. A massa muscular torna-se maior no sexo masculino. Na menina o aumento da massa muscular acompanha o aumento dos demais tecidos. A massa de tecido adiposo também aumenta.

Igualmente as influências hormonais aceleram o crescimento da pele e seus anexos. As glândulas sebáceas tornam-se extremamente ativas. As glândulas sudoríparas ecrinas e apócrinas atingem plena capacidade de secreção durante a puberdade. Os pêlos se tornam mais grossos, escuros e longos, nos locais relacionados com os caracteres sexuais secundários.

A maturação progressiva do corpo faz com que o adolescente desenvolva capacidade de reagir aos esforços e tensões físicas como os adultos, já que houve incremento do tamanho e força contrátil dos músculos, e do funcionamento cardíaco, metabólico e respiratório (Whaley & Wong, 1989).

Todas estas transformações afetam sobremaneira a auto imagem do adolescente. A imagem corporal é a grande preocupação para eles. Ao mesmo tempo que procura ajustar-se as mudanças físicas, o adolescente aprende a fazer uso de suas capacidades mentais de forma diferenciada da utilizada na infância.

Sua capacidade para raciocinar, para avaliar e julgar e para usar pensamentos divergentes, com o objetivo de encontrar idéias novas, aumenta durante este período da vida.

Segundo Papalia (1981), a adolescência marca a entrada para o que Piaget denominou estágio de operações formais, onde sobressai o raciocínio

hipotético-dedutivo e o pensamento abstrato. Agora o adolescente instrumentaliza-se para integrar passado, presente e futuro, aplicando estes processos do pensamento e dinâmica cotidiana e também à formação de elaboradas teorias políticas e filosóficas. Esta maturação das estruturas cognitivas do adolescente é resultado da interação do desenvolvimento neurológico, da ampliação do ambiente social e da oportunidade que tem de passar por experiências. Este desenvolvimento cognitivo leva o adolescente a perceber-se como um indivíduo único, distinto. É o que Erikson (1993) entende como crise e que leva-o a formação de um senso de identidade.

Para Newman & Newman, citados por Whaley & Wong (1989), esta crise de identidade pessoal é percebida por um senso de identidade de grupo, pois o fato de pertencerem a um grupo, ajuda o adolescente a definir a diferença entre eles e os pais. É no grupo que o adolescente pode exibir sua auto afirmação, ao mesmo tempo que recusa identificar-se com a geração de seus pais.

Durante a adolescência, a relação pais e filhos modifica-se sobremaneira. O adolescente luta para tornar-se independente do controle e restrições dos pais. Neste sentido, revela-se crítico questionador e geralmente assume uma atitude de rejeição aos pais. Prefere a companhia dos amigos às atividades familiares.

Os autores ainda afirmam que grande parte dos conflitos familiares originam-se neste “desgarramento” do adolescente e nos problemas de privacidade que estes enfrentam, uma vez que os pais podem cometer o erro de desrespeitar este direito de seus filhos.

A lacuna de aprendizado entre as gerações tem tornado difícil o ajustamento entre pais e filhos adolescentes, exigindo uma estrutura familiar permeada de carinho, compromisso e respeito mútuo.

Simultaneamente a adaptação na família, a adolescência é marcada pela

tendência gregária do adolescente. Na intimidade do grupo, os adolescentes ganham o apoio no auto-conhecimento e no conhecimento do grupo, desenvolvendo auto confiança, estima e auto-estima. (Tiba, 1986).

Whaley & Wong (1989) descrevem que, paralelamente ao grupo de pares, os relacionamentos heterossexuais vão ganhando consistência e adquirindo nova importância durante a adolescência. Segundo Becker (1989) o tipo e a seriedade destas relações variam a medida que a identidade pessoal e sexual se concretizam.

Não se sabe exatamente qual a percentagem de adolescentes que mantêm relações sexuais. Entretanto, a literatura converge para o fato de que os adolescentes mantêm relações sexuais para “obter sensações agradáveis, para satisfazer seus instintos sexuais, satisfazer a curiosidade, fazer conquistas, como manifestação de certo grau de afeto, ou porque não são capazes de resistir as pressões do grupo” que compõe seu meio.(Whaley & Wong, 1989, p. 351). Desta forma, as relações sexuais acabam se tornando padrão de conduta no sentido de assegurar participação social.

Nesta perspectiva as questões que envolvem sexualidade e reprodução são prementes nos adolescentes. Para eles, conscientizar-se de sua sexualidade é parte do processo natural de transformação em adulto. Por esse motivo, devemos entender sexualidade como um fenômeno composto de um conjunto de atividades que resultam em prazer. Não só o prazer buscado na genitalidade, mas toda uma série de excitações e atividades prazerosas, presentes desde a infância, que não se traduzem só na satisfação de determinada necessidade fisiológica. A sexualidade não está restrita tão somente ao ato sexual, mas é uma relação de aconchego, afeto, plasticidade, fantasias que tem a ver com nossas histórias de vida, com nossos sonhos e projetos (Lacerda, 1994).

A sexualidade é, talvez, o componente da adolescência mais

conflituoso. É fonte de muitas crises e preocupações, não só por parte dos adolescentes, mas, também, por parte dos pais. Impregnada por valores morais e preconceitos herdados da família e da sociedade, a sexualidade pode tornar-se uma situação problema para o adolescente e a família, provavelmente porque até então a família não se preocupou em abordar e analisar honestamente as várias nuances da questão, entre os pais, nem no diálogo com os filhos.

Infelizmente para a maioria dos pais, a sexualidade só é encarada como realidade concreta quando os filhos iniciam a fase da adolescência. Somente quando o menino ou a menina surgem para seus pais como “mocinhos”, ou quando o desenvolvimento de seus corpos não pode passar despercebido é que a família passa a considerá-los como seres sexuados. Abre-se então a partir da adolescência dos filhos, um novo e desconhecido leque de situações com as quais os pais passam a se preocupar. É grande o número de pais confusos e indecisos com as respostas a dar as questões sexuais levantadas por seus filhos.

Para Patrício (1991, p. 16), a “grande” maioria de nossas crianças chega à adolescência sem ter uma idéia real de suas potencialidades sexuais, vítimas de preconceitos, tabus e vivências conflituosas. Em decorrência disso há necessidade de se trabalhar as questões de sexualidade dentro de seu contexto cultural. No que diz respeito especificamente a função sexual, os tabus tornam-se fortes para os adolescentes a ponto de interferir no seu comportamento sexual.

Frente a este panorama, é importante questionar o papel da educação sexual que púberes e adolescente vem recebendo. Nesta fase, os jovens nem sempre tem respostas para as suas transformações e comportamentos, e preenchem esta lacuna com qualquer informação que adquiram, sejam verdadeiras ou falsas. Isto nos leva a pensar que o processo educativo deve ajudar a construção da filosofia de vida do adolescente, trabalhando sua auto estima, incentivando a sua criatividade, permitindo a busca de sua independência.

Desta forma a aprendizagem não deverá ser imposta, mas construída a partir das vivências, crenças e valores dos indivíduos envolvidos no processo.

O desenvolvimento moral do adolescente baseia-se no questionamento sério dos códigos morais estabelecidos, pois confronta a atitude dos adultos que adotam esses códigos e não os praticam. Desta forma, o adolescente tenta definir e introduzir em seu meio (interno e externo) seu próprio sistema de moral e valores, de modo a preservar sua integridade pessoal e orientar seu comportamento. Papalia, (1981).

Outro aspecto importante do desenvolvimento do adolescente refere-se ao seu desenvolvimento espiritual. Nesta fase em que já é capaz de compreender conceitos abstratos e de interpretar analogias e símbolos, o adolescente revela profundas preocupações de caráter espiritual. Questiona os valores de religiosidade de família ou apega-se a eles como elemento de estabilidade em sua vida, por vezes conflituosa e turbulenta. Whaley & Wong, (1989); Mussen et all, (1993).

Tantas transformações (físicas, fisiológicas, psicológicas e sociais) são geralmente acompanhadas de mudanças do controle e das respostas emocionais. As novas sensações e sentimentos, que muitas vezes não são compreendidos, dão lugar a atitudes intempestivas e a não menos intempestivas, reflexões acerca de seus atos.

Através deste aprendizado (ação-reflexão) o adolescente vai adquirindo crescente controle e maturidade emocional. Para Whaley & Wong (1989, p. 348) mesmo neste momento, o adolescente “está sujeito a crises emocionais e, ao expressá-las, seu comportamento reflete insegurança, tensão e indecisão”.

Dentro de todo este contexto de desenvolvimento descrito acima vê-se uma tendência muito forte dos autores em valorizar a educação e saúde para os adolescentes, sua família e pessoas que compõe o seu ambiente.

3.2 - Refletindo sobre a Educação em Saúde

Para Read (1986), é preciso trabalhar o ser humano como uma pessoa inteira, com sua afetividade, suas percepções, sua expressão, seus sentimentos, sua crítica, seu corpo. Acreditamos que através da educação em saúde, entendida aqui como um ato de conhecimento no sentido de libertar o ser humano adolescente e torná-lo sujeito, pode-se proporcionar ao mesmo um construir-se como pessoa e estabelecendo consigo uma relação verdadeira e com os demais seres humanos, relações de reciprocidade e com isso torná-lo capaz de redirecionar seu processo vital para realização do máximo potencial de saúde.

Para isso, torna-se necessário ações que visem não somente o controle, tratamento e prevenção das enfermidades, mas sim, ações voltadas para o ser humano enquanto alvo destas enfermidades e disrritimias.

A educação em saúde deve estimular o ser humano a participar ativamente das ações de prevenção, o que requer do educador e educando participação conjunta. Para isso, é importante que se conheça este ser humano, suas circunstâncias, crenças, hábitos e valores, contar com o mesmo como elemento participante ativo do processo, pois somente desta forma, torna-se possível uma ação eficiente e permanente na saúde.

Segundo Leon (1996) , existem duas grandes correntes teóricas para explicar a chamada teoria da ação: os que dizem que atuamos pelas circunstâncias e os que dizem que atuamos pelos valores ou crenças.

A primeira corrente sustenta que são as circunstâncias que fazem com que o homem atue de determinada maneira. Já a segunda corrente postula que, o fundamental são os valores, que a situação tem pouca importância, que o mais importante é o que o homem crê, o que pensa, seus hábitos e crenças, pois sua atuação será de acordo com isto. Se a explicação do comportamento se centra nas circunstâncias internas do indivíduo, o mais importante é a educação, porque

nada fazemos se trocamos meramente as circunstâncias e não refletirmos com as pessoas sobre a realidade.

Segundo este mesmo autor, a educação não é somente o que se concretiza em programas educativos, mas toda a ação sanitária. Todas as ações feitas em um programa de controle estão gerando uma ação educativa e que, em consequência, deve ter-se em conta a dimensão educativa não intencional das ações cotidianas intencionais que realizam os programas de saúde.

Existe a crença de que a ignorância é um “buraco” a ser preenchido, pois as pessoas não tem conhecimento e precisam ter. Desta forma, a educação se entende como um processo de transmissão de informações no qual se pretende preencher este “buraco”.

Entretanto, o indivíduo presumivelmente ignorante tem muitos conhecimentos, tem crenças, opiniões, que não podem ser consideradas incorretas ou tradicionais, pois são estas que guiam normalmente seu comportamento. Trata-se então de conhecer quais são os conhecimentos, as crenças e hábitos que os indivíduos tem para poder trabalhar neles e tentar gerar uma transformação dos mesmos em conhecimentos novos, crenças modificadas e hábitos transformados. A prática educativa torna-se, desta forma uma ação crítica, respeitosa e solidária.

Para Leon (1996), não há um que sabe e outro que não sabe, senão dois que sabem coisas distintas. Todo mundo conhece algo sobre o mundo, cada um de sua maneira. Portanto, o processo educativo não é unidirecional, mas sim, bidirecional e, ambas as partes geram um compromisso de transformação de seus próprios saberes. Os conhecimentos e as formas como determinado indivíduo entende a sociedade, podem mudar e portanto, há transformação.

O educador, como agente externo, pode motivar estas transformações, mas se a pessoa não quer mudar, não quer educar-se, não se consegue nada.

Desta forma, se alguém não quer fazer algo por sua saúde, outro não poderá fazê-lo por ele.

Outro fator importante dentro da educação é o diálogo e a participação. O processo educativo é um processo de diálogo entre saberes. Mas um processo de diálogo é um processo participativo e a educação deve ser participativa em si mesma. Um programa dialogado e participativo em saúde implica que todos atuem por igual, ainda que com funções diferenciadas.

Portanto, se a participação da comunidade em saúde é um dever e um direito, a meta da educação e ação sanitária, ou dos educadores deve reforçar a confiança dos indivíduos em buscar e conseguir uma efetiva participação nos programas. Confiança em que cada indivíduo pode e deve fazer algo para manter sua saúde.

Diante disso, vale ressaltar que a educação não pode ser somente verbal. As pessoas tem que crer que sua ação vai ter um resultado, mas os resultados devem verdadeiramente existir. A ação educativa deve estar acompanhada de êxitos que se obtenham através de esforços e, a partir de metas traçadas que o indivíduo possa cumprir e que signifiquem um estímulo para inteligência.

3.3 - Buscando conhecer alguns fatos surgidos na adolescência

Para Patrício (1991) as transformações psíquicas que ocorrem na adolescência e as influências da estrutura ambiental, podem sujeitar o adolescente à mudanças em seu comportamento, com consequências negativas para sua saúde de um modo geral. Podemos citar:

Uso de drogas

O uso de drogas torna-se experiência comum na adolescência. Talvez

pela característica própria desta fase, que incluem as atrações por novas experiências e a necessidade de aceitação do grupo e auto afirmação, entre outros. Abrange a ingestão de álcool, o tabagismo, o consumo de outras drogas químicas.

DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis

Entre as DST mais incidentes na adolescência encontra-se a gonorréia, que é quase sempre contraída por contato genital, podendo ocorrer infecções laríngeas e retais.

A infecção por clamídeas é tão importante quanto a gonorréia. Citam-se também a sífilis, o herpes genital, a tricomoníase e a candidíase.

Não pode se deixar de lado a possibilidade de infecção pelo vírus HIV, haja vista comportamentos de risco como promiscuidade e uso de drogas, comuns na adolescência.

Gravidez

Para Whaley & Wong (1989, p. 363) a gravidez pode ser uma das “consequências do desejo do adolescente de experimentar situações e externalizar seu mundo interno, bem como de sua necessidade de agir em conformidade com seu grupo, de sua impulsividade e de sua busca de uma identidade sexual”. Pode estar ligada ao grau de informação e a disponibilidade de meios contraceptivos e de aborto.

Disfunção Endócrina

As deficiências de hormônios que promovem o crescimento (tireóideo, hormônio de crescimento e hormônios sexuais) ou excesso de cortisol (hormônio que inibe o crescimento) podem causar retardo e outros distúrbios no

crescimento.

Acne

Resultante da atividade interna das glândulas sebáceas, principalmente a nível de genitais, face, pescoço, ombros e metade superior da caixa torácica.

Ginecomastia

Fenômeno transitório, proveniente de estímulo hormonal, que desaparece espontaneamente ao se completar o desenvolvimento masculino se este distúrbio não estiver associado a anormalidades como a Síndrome de Klinefelter ou disfunções endócrinas.

Citam-se ainda alguns distúrbios próprios do sistema reprodutivo:

Distúrbios do Sistema Reprodutivo Masculino

Os mais comuns são infecções (uretrite), impossibilidade de retração do prepúcio, lesões penianas, varicocele (alongamento, dilatação e tortuosidade das veias acima do testículo).

Distúrbios do Sistema Reprodutivo Feminino

É comum a ocorrência de amenorréia. A amenorréia primária consiste no retardo na menarca além dos 17 anos de idade. Já a amenorréia secundária caracteriza-se pela ausência prolongada da menstruação por 12 meses ou mais nos primeiros anos após a menarca, ou a falha de mais de três períodos menstruais após o início das menstruações.

A menorragia (hemorragia uterina disfuncional) é geralmente um fenômeno auto limitado caracterizado por menstruação anovulatória.

Pode ocorrer, gradualmente desconforto nos dois primeiros dias dos fluxo menstrual - é a dismenorréia. Pode variar de simples cólicas, dor abdominal e dor lombar, a dores insuportáveis e incapacitantes. Podem ter etiologia desconhecida (dismenorréia primária) ou estarem ligadas a anormalidades pélvicas.

As vulvovaginites são também comuns e muitas vezes estão associadas a higienização precária dos genitais.

Outras queixas também refletem a integralidade das relações do ser humano- meio ambiente.

Nanismo Psicossocial

Proveniente de privação nutricional e/ou consequente a condições ambientais gerais.

Obesidade

Constitui distúrbio nutritivo muito frequente, resultando em acúmulo excessivo de gordura e aumento de peso corporal. Afeta diretamente a auto imagem e auto estima do adolescente, interferindo inclusive nas relações sociais e familiares. A obesidade também pode estar ligada a distúrbios hormonais.

Anorexia nervosa

Doença em que ocorre emagrecimento em consequência de inanição auto inflingida. Pode estar relacionada a uma idéia errônea e exagerada dos depósitos de gordura característicos da fase inicial da adolescência, ou ser uma reação a comentários do meio acerca do aumento do peso.

O Ponto comum entre estes acontecimentos está no fato de que eles alteram significativamente os padrões de auto imagem e auto estima do adolescente. Frente a esta constatação achamos pertinente discorrermos rapidamente a cerca destes dois padrões:

Auto-estima, Auto-conceito, Auto-imagem

Estima refere-se aos valores que são dados as coisas; um conceito é uma idéia, uma noção, algo em que pensamos. Uma imagem é uma representação de algo, como se vê. Algo; não uma coisa real.

Na adolescência torna-se bastante evidente a existência de uma auto-estima, auto-conceito e auto-imagem alterados, que são consequências da própria fase em que o indivíduo se encontra, onde as mudanças ocorridas chegam de forma a causar dúvidas e medos. Entretanto a forma como um adolescente se sente em relação a si mesmo é certamente determinada em grande parte pelas primeiras mensagens que recebe de seus pais a cerca de si mesmo. Sendo que, este traduz estas mensagens para si e escolhe do ambiente, qualquer coisa que reforce as mensagens parentais. Porém, quando um adolescente sustenta uma opinião sobre si mesmo, não há nada que se possa fazer para alterar imediatamente esta auto imagem, pois a opinião arraigada que uma pessoa tem de si mesma resiste as tentativas diretas de modificação.

Podemos perceber uma baixa auto estima num indivíduo através de seu comportamento, pois a forma como percebemos e verbalizamos a nós mesmos determina em grande medida a forma como nos comportamos, como lidamos com nossa vida, como nos conduzimos.

O adolescente manifesta sua baixa auto estima de forma diferente, podendo não estar consciente do que sente com relação a si mesmo, embora saiba que algo está errado. Alguns sinais comuns são: a necessidade de vencer,

perfeccionismo, recorrer a numerosos dispositivos para chamar a atenção, adotar comportamento anti-social, ser muito crítico com relação a si mesmo, ser retraído ou tímido demais, culpar os outros por tudo, desculpar-se constantemente, desconfiar das pessoas, comportar-se defensivamente, comer demais, sentir-se incapaz de fazer escolhas e tomar decisões. Estes comportamentos são originados de várias formas, ou pela própria família que muitas vezes não sabe lidar com determinadas situações. Ou pela sociedade que impõe regras e valores, incutindo na cabeça das pessoas como devem vestir-se, como agir, como ser belo, para que sejam aceitos. E é exatamente na adolescência que surge este sentimento de ser aceito, de querer ser belo, enfim, de querer ser o centro de tudo.

Segundo Oaklander (1980), um auto conceito pobre é uma perda de senso de si mesmo. Então, resgatar uma auto-imagem e auto-estima favorável é portanto, trazer o indivíduo de volta para o contato com seu próprio potencial, é devolver-lhe o seu “eu”, ajudando-o a abandonar suas mensagens negativas e reformular as positivas. A recuperação do “eu” torna possível a descoberta e necessidade de explorar as coisas de seu próprio mundo.

O fortalecimento do senso de si próprio do adolescente pode ser estabelecido enquanto for ainda criança para sua família. Embora o adolescente necessite de consistência, regras e controles, ele precisa de um espaço em sua vida para aprender a lidar com sua própria vida. O adolescente deve receber responsabilidades, independências e liberdade de fazer as escolhas. Deve ser respeitado em seus sentimentos, suas vontades, necessidades, sugestões e na sua própria sabedoria. Enfim, compreender que é bom gostar de si próprio. É bom sentir-se satisfeito com conquistas e encontrar prazer nas próprias coisas.

4 - BUSCANDO O REFERENCIAL TEÓRICO

A Teórica

Martha Elizabeth Rogers nasceu a 12 de maio de 1914, na cidade de Dallas, Texas. Graduou-se em Enfermagem pela Universidade de Tennessee (Knoxville) em 1936. Especializou-se em Enfermagem em Saúde Pública em 1937 pelo George Peobody College (Moshville). Em 1945 tornou-se Mestre em Supervisão de Enfermagem em Saúde Pública pela Columbia University de Nova York. Em 1952 recebeu o título de Master of Philosophy (MPH) e em 1954 o Doctor of Science (SCD).

Durante sua vida profissional exerceu cargos de chefia na Saúde Pública Comunitária, lecionou na Educação Superior. Trabalhou como palestrante e assistente de pesquisa. Por vinte e um anos foi professora e chefe da Divisão de Educação em Enfermagem da Universidade de Nova York. Em 1970 lançou as bases da Teoria dos Seres Humanos Unitários e em 1989 acrescentou mais a ela.

Falecida em 1994, deixou inúmeras publicações, tanto de livros quanto de periódicos na área de Enfermagem.

A Teoria dos Seres Humanos Unitários

O ser humano, sua natureza, essência e relações, tem sido objeto de preocupação das ciências ao longo da história. Muitos pensadores construíram modelos para assistir o ser humano. Estes modelos refletiram o modo de vida,

crenças e valores de um determinado momento histórico e a percepção pessoal daqueles pensadores acerca do ser humano e universo.

Até bem pouco tempo a ênfase do cuidado de enfermagem era dada ao aspecto biológico, relegando ao segundo plano os componentes psico-sócio-cultural-espiritual. Esta fragmentação foi fruto, entre outros, do modelo biomédico que com o passar do tempo gerou o descompromisso dos profissionais da saúde (leia-se também enfermagem) com o ser humano total.

Em 1970, Martha E. Rogers, propõe um novo paradigma para o cuidado de enfermagem: humanístico, requer reformulações nos conceitos de ser humano, saúde, meio-ambiente e enfermagem, levando o profissional a uma nova visão de mundo. Neste paradigma, o ser humano é visto na sua totalidade, em troca de energia simultânea e ininterrupta com o meio-ambiente.

A Ciência dos Seres Humanos Unitários constrói os conceitos de ser humano, meio-ambiente, saúde e enfermagem a partir de quatro blocos de construção: campos de energia, universo de sistemas abertos, padrão e quadridimensionalidade.

O Processo de Enfermagem é elaborado a partir dos princípios da hemodinâmica (integralidade, ressonância e helicidade) e consta de quatro etapas: coleta de dados, diagnóstico, intervenção e avaliação. Silva, (1993).

4.1- Principais conceitos

4.1.1 - Campos de Energia

“São campos de natureza elétrica, em um estado contínuo, o qual varia na sua intensidade, densidade e extensão”. Rogers, apud, Silva, (1993, p. 25). Refletem a dinâmica de relação ser humano - meio ambiente e resultam no estágio evolutivo de ambos em determinado momento do tempo - espaço (Silva, 1993, p. 26).

4.1.2- Universo de Sistemas Abertos

Indica que os campos de energia humano e ambiental são infinitos e interagem continuamente entre si. Demonstra o caráter criativo da vida.(Silva,1993)

4.1.3- Padrão

É uma abstração que distingue os campos de energia, através da manifestação destes no mundo concreto. “O padrão do campo humano e ambiental evoluem juntos”. (Silva, 1993, p. 26).

4.1.4 - Quadridimensionalidade

Pressupõe que tempo e espaço estão íntima e inseparavelmente conectados em um domínio não linear.

Desta forma, todo o processo de mudança passa a ser refletido, já que as dimensões da realidade são muito além do perceptível (Silva, 1993).

4.1.5 Ser Humano ou Campo Humano

O ser humano é um todo unificado que possui uma integridade individual e manifesta características que são mais do que a soma das partes e diferentes dela, são quadrimensionais.

Está em interação energética contínua com o meio ambiente e essa troca energética é variável em intensidade, extensão e densidade. Deste modo, não pode ser compreendido e visualizado isoladamente.

Além disso, o ser humano é capaz de ser abstrato, imaginativo, pensativo, emocional, e comunicativo. Possui a capacidade de escolha e decisão e, por isso, tem a possibilidade de implementar mudanças no seu processo vital

(Silva, 1993).

Neste estudo o ser humano a ser focalizado é o adolescente, entendido por nós como ser em evolução para atingir maturidade biopsicosocial e espiritual, necessitando nesta fase por em prática a sua criatividade com a finalidade de implementar mudanças no seu processo vital.

4.1.6 - Meio Ambiente ou Campo Ambiental

O meio ambiente é definido como todo padronizado de tudo que é externo a um determinado ser humano. Ser humano e ambiente trocam continuamente matéria e energia e são tidos como sistemas abertos. Cada pessoa possui seu próprio campo ambiental que é único e somente pode ser percebido no seu todo irreduzível.(Silva, 1993).

Neste estudo o meio ambiente refere-se ao conjunto de elementos que constitui o meio físico e extra físico, geográfico e contexto sócio cultural onde o adolescente está inserido e com os quais ocorre troca contínua de matéria e energia.

4.1.7 - Enfermagem

É ciência e arte.

É ciência pois possui um corpo de conhecimentos abstratos utilizados na prática do cuidado de enfermagem.

“A arte da enfermagem constitui-se na aplicação imaginativa e criativa dos conhecimentos científicos próprios da profissão, com o intuito de servir a humanidade” (Rogers, apud Sá, 1994). Desta forma Rogers entende a prática de enfermagem como imaginativa, adequando-a ao universo e as necessidades do cliente/ambiente. Neste sentido a criatividade relaciona-se a um *fazer* original, capaz de desenvolver habilidades e alcançar soluções mais adequadas para os problemas enfrentados.

O ponto de partida para a utilização do potencial criador na arte de se praticar a enfermagem, se concentra na questão da *pandimensionalidade* (Sá, 1994).

A enfermagem, enquanto arte deve permitir a manifestação (expressão) dos sentimentos humanos. Objetivando o sentimento pode ter a chance de contemplá-lo e entendê-lo, e entendendo-o, agir sobre eles no sentido de utilizá-lo para reequilibrar disrritmias no campo humano e ambiental.

“A enfermagem existe para cuidar de pessoas e sua responsabilidade direta e última é a sociedade”.

Suas ações podem ser, assim definidas:

- a. Promover interação sincrônica entre ser humano e meio ambiente.
- b. Fortalecer a coerência e integridade do campo humano.
- c. Redirecionar o padrão dos campos humano e ambiental para realização do máximo potencial de saúde”.(Rogers, apud Silva, 1993).

O aspecto preventivo da enfermagem é muito enfático e é voltado para a educação em saúde, compartilhando conhecimentos e habilidades com o cliente e/ou pessoa do seu campo ambiental no sentido de capacitá-los para a autonomia gradativa no processo terapêutico, já que estes são os responsáveis pelo seu processo saúde doença.

Neste estudo, a enfermagem utilizando-se da ciência e arte, prestará cuidado ao adolescente objetivando a promoção da interação deste com seu campo ambiental, fortalecendo sua coerência e integridade para redirecionar o padrão dos campos humano e ambiental, visando a realização do máximo potencial de saúde.

4.1.8- Enfermeiro

É um ser humano e como tal deve também participar do processo mudança proporcionado ao cliente. Desta forma, deixa de ser autoridade para

tornar-se parceiro terapêutico.(Silva, 1993).

Deve ocupar-se tanto do viver quanto do morrer, fornecendo suporte ao cliente para facilitar a transição harmônica entre um plano energético e outro. Deve respeitar e trabalhar com as diversidades de padronização dos campos de energia. O enfermeiro trabalha com o cliente e não para ou pelo cliente e demonstra preocupação pela pessoa como um todo ao invés de por um só aspecto, um só problema.

Para atuar na totalidade do cliente, deve desenvolver sua capacidade de comunicação terapêutica, de pensamento lógico intuitivo e utilizar técnicas que mobilizem os mecanismos de auto cura.(Silva, 1993).

Neste estudo o enfermeiro é elemento participativo do processo terapêutico, devendo comprometer-se profundamente engajando-se nele e também auto-conhecer-se, auto-transformar-se e redirecionar seu processo vital no sentido de melhorar sua qualidade de vida, buscando o equilíbrio de seu campo energético para o cuidado.

4.1.9 - Saúde Doença

Rogers (1970), diz que a saúde e a doença não são condições dicotômicas, são partes do mesmo contínuum, são expressões do processo vital e resultado da interação ser humano - meio ambiente. Por isso saúde pode ser definida como resultado da relação harmônica do ser humano com seu “eu” e o meio ambiente. Doença seria a interação desarmoniosa do ser humano que reflete, em determinado momento do espaço tempo, os valores, hábitos e costumes e grau de conhecimento do ser humano.

“Saúde e doença são termos de valor. Termos de valor mudam quando discutidos em termos de dinâmica dos comportamentos, manifestados pelo campo humano, precisam ser individualmente definidos”. (George, 1993, p. 197).

Neste estudo a saúde e doença são resultados da relação entre o

adolescente com seu “eu” e o meio ambiente, fazendo parte do seu processo vital, podendo expressar-se de forma harmônica e desarmonica.

4.2 - Princípios da homeodinâmica

Postulam a natureza e direção da mudança nos campos humano e ambiental. “Norteiam a base teórica da enfermagem e precisam ser testados na prática de enfermagem para se evidenciar sua validade” (Silva, 1993, p. 28).

4.2.1- Integralidade

Estabelece que o processo de interação entre os campos humano e ambiental é contínuo, mútuo e simultâneo. Esse princípio auxilia o enfermeiro a detectar como e em que houve perda da integridade sincrônica e recíproca desta relação.

4.2.2- Ressonância

Postula as mudanças contínuas, de padrões humano e ambiental. Qualquer relação desarmonica entre campo humano e ambiental gera interferências dissonantes, com consequentes disrritmias nos padrões de ondas de ambos os campos. As disrritmias trazem para o homem desconforto, doença e morte. (Silva, 1993).

Este princípio possibilita ao enfermeiro detectar a presença ou ausência de disrritmias e nortear as ações de enfermagem para restabelecer o equilíbrio das relações.

4.2.3- Helicidade

Estabelece que a natureza e direção da mudança nos padrões dos campos humano e ambiental é contínua, inovadora, probalística e caracterizada

pela diversidade crescente não comportando regressões a estágios anteriores.

Este princípio possibilita ao enfermeiro conhecer os antecedentes históricos e estabelecer o curso probalístico da evolução do processo vital. (Rosa, apud Silva, 1993).

4.3 - O processo de enfermagem

Para Rogers a prática profissional deve ser criativa e imaginativa e os instrumentos da prática devem ser consoantes com as necessidades do ser humano e pessoas do seu campo ambiental. Desta forma, não há uma operacionalização do seu paradigma.

O processo de enfermagem deve buscar restabelecer a integridade e a totalidade dos campos humano e ambiental e, por isso mesmo deve ser recíproco, organizado e dinâmico.

Para Silva (1990) o processo de enfermagem pode ser composto pela seguintes etapas: *coleta de dados, diagnóstico, intervenção e avaliação*. Estas etapas estão intimamente relacionadas e podem ocorrer ao mesmo tempo, daí seu caráter dinâmico e contínuo. Todas as etapas são discutidas com o cliente e pessoas de seu campo ambiental.

4.3.1- Coleta de dados

A coleta de dados inicia-se no primeiro encontro e continua durante todo o processo de interação.

Detectando a integridade das relações do cliente com seu “eu” e com seu meio ambiente (princípio da integridade) , procura-se obter dados significativos para o cuidado de enfermagem.

Os dados obtidos devem ser esquematizados por categorias: *integralidade fisiológica, psicológica (perceptual-cognitiva), espiritual e da*

relação cliente meio ambiente.(Silva, 1990, p. 106).

Como os padrões a serem identificados não são estáticos, a análise dos dados deve refletir a totalidade do cliente em sua dinâmica relação com o meio ambiente.

4.3.2- Diagnóstico

Utilizando-se dos princípios da ressonância e helicidade, busca-se detectar os tipos de interferência na relação entre os campos humano e ambiental.

A partir daí, o enfermeiro juntamente com cliente e pessoas do seu campo ambiental procuram estabelecer metas e objetivos no sentido de redirecionar o curso rítmico dos processos vitais.

Esta etapa consiste em dois passos, separadas aqui para fins didáticos:

- *“Reconhecer eventos passados e presentes,* estabelecendo as conexões entre eles no eixo espaço-tempo, e detectar como repadronizar o curso rítmico da relação do cliente com o seu “eu” e com o meio ambiente.” Este passo corresponde ao princípio da ressonância. Nele procura-se detectar os tipos de interferências das relações estabelecidas pelo cliente com seu “eu” e com o meio ambiente, as quais determinariam as metas para a repadronização no curso rítmico desta relação.

As interferências podem ser:

- interferência totalmente dissonante, quando é impossível repadronizar o curso rítmico das relações do cliente, nesta dimensão da vida;
- interferência dissonante, quando grandes esforços são necessários, por parte do enfermeiro, cliente e pessoas que compõe seu meio ambiente, para repadronizar o curso rítmico das relações. Este tipo de interferência requer o planejamento de metas e objetivos médio e

longo prazo;

- interferência pouco dissonante, quando a repadronização do curso rítmico das relações do cliente se processarão sem grandes esforços, por parte do enfermeiro, cliente e pessoas do seu meio ambiente. Este tipo de interferência requer o planejamento de metas e objetivos a curto prazo;
- interferência quase harmônica, quando o fluxo ondulatório recíproco cliente-meio ambiente não causam desconforto. Este tipo de interferência requer o planejamento de metas e objetivos para a prevenção das relações desarmônicas do cliente com seu “eu”

- “ *Determinar probabilisticamente o curso do processo vital*, de acordo com os dados obtidos e com as predisposições do cliente”.(Rosa, apud Silva, 1990, p. 108). Este passo corresponde ao princípio da helicidade. Aqui procuramos estabelecer as metas probalísticas das relações. É determinado pela maior ou menor possibilidade de manter o máximo potencial de saúde no processo vital do cliente, em suas relações.

As probabilidades podem ser:

- possibilidade nula de evolução do processo vital do cliente nesta dimensão da vida - quando a perspectiva para o cliente é a mudança de estado vibratório;
- probabilidade mínima de evolução do processo vital - quando há uma pequena possibilidade de restabelecer o máximo potencial de saúde;
- probabilidade quase total de evolução do processo vital - quando há possibilidade de restabelecer quase totalmente o máximo potencial de saúde;

- probabilidade total de evolução do processo vital - quando as relações do cliente com seu “eu” e com o meio ambiente podem se estabelecer integral e harmônicamente, com o máximo potencial de saúde.

É a partir das metas probabilísticas que são estabelecidos os objetivos, por prioridade, a curto e longo prazo, com a finalidade de repadronização e reorganização do curso rítmico do cliente/meio ambiente.

4.3.3- Intervenção

Fase de implementação das ações estabelecidas na etapa do diagnóstico. Cliente e pessoas do seu campo ambiental devem participar efetivamente deste processo.

Para Silva (1990, p. 111) nesta etapa as ações devem visar “estimular o cliente a refletir sobre sua responsabilidade no processo saúde-doença, sobre as disritmias do seu campo de energia, sobre a importância da sua participação efetiva no processo terapêutico”. Considera-se também a terapêutica medicamentosa e as intervenções a nível energético (terapias alternativas).

4.3.4- Avaliação

Nesta fase enfermeiro, cliente e pessoas do seu campo ambiental apreciam “as mudanças ou ausência de mudanças da repadronização do curso rítmico da relação do cliente com seu *eu* e com o meio ambiente, em relação as metas e objetivos estabelecidos durante o processo”. (Silva, 1990, p. 112).

Deve ocorrer ao longo da interação enfermeiro/cliente/meio ambiente.

Esta etapa deve fazer *feed-back* as fases anteriores, indicando a necessidade de se estabelecer novas metas e objetivos, alterando com isso a intervenção.

5-ESTABELECENDO AS AÇÕES METODOLÓGICAS

5.1 - Aspectos Gerais do Campo de Estágio

O Centro de Educação Complementar (CEC) é um programa desenvolvido pela Prefeitura Municipal de Florianópolis, através da Secretaria de Saúde e Desenvolvimento Social. Tem caráter preventivo e é dirigido às crianças e aos adolescentes na faixa etária de 07 à 18 anos incompletos, no período extra-escolar, oriundas de famílias de baixa renda.

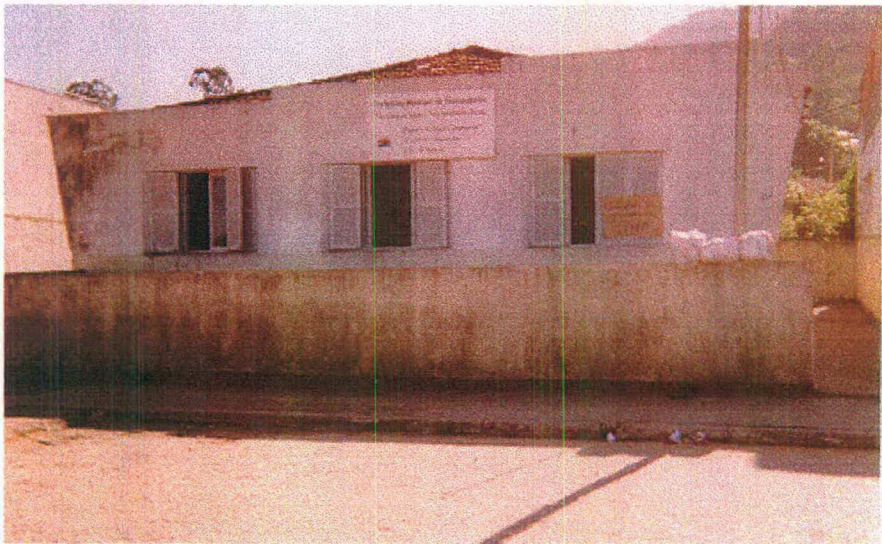
Atualmente existem 3 (três) Centros de Educação Complementar (CECs), distribuídos nas comunidades do Itacorubi, Parque da Figueira e Costeira do Pirajubaé, onde são realizadas atividades sócio-educativas, nas áreas de: saúde, cultura, esporte, lazer, arte-educação e pedagogia.

Convém ressaltar que, a presente proposta foi desenvolvida no CEC do Itacorubi.

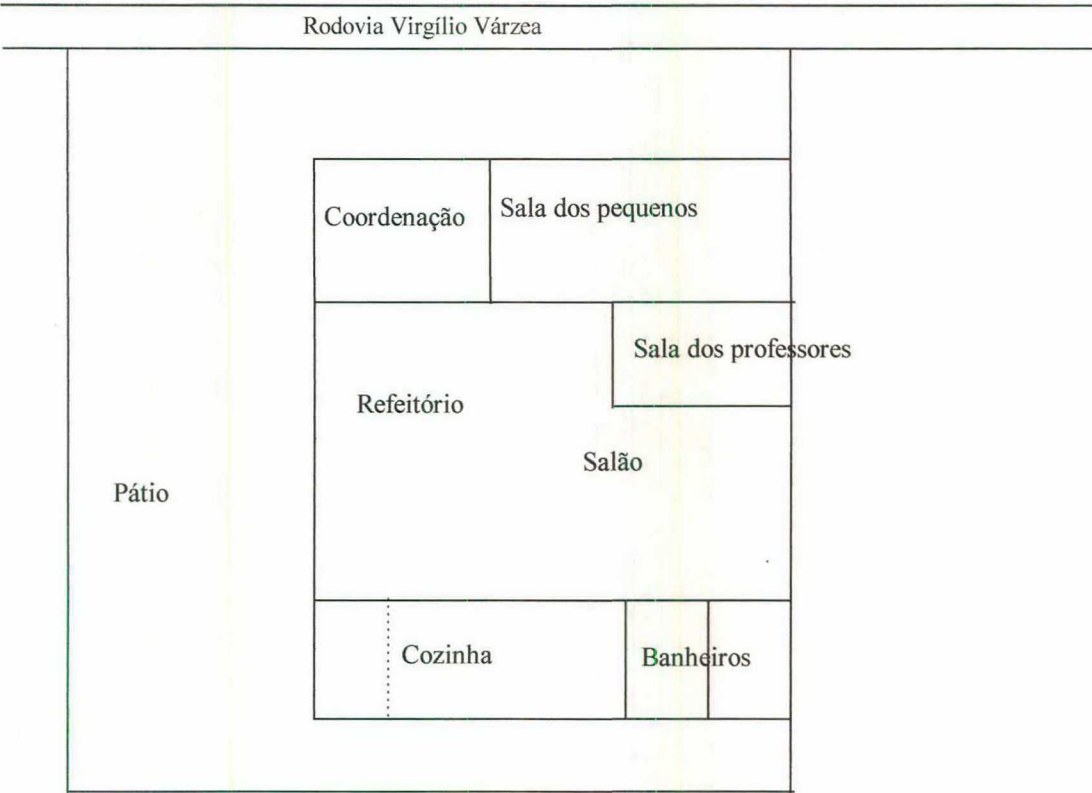
Este programa tem como proposta de atendimento, oportunizar experiências positivas que estimulem a criança e o adolescente à expressão, à criatividade, à reflexão, à participação e integração grupal, com atenção às individualidades e ao desenvolvimento diferenciado, baseando-se as ações pedagógicas no contexto familiar e social em que estão inseridas (anexo 1).

O CEC do Itacorubi possui: uma cozinha, dois banheiros, um refeitório, sala dos professores, sala da coordenação, e salão de atividades. Para as aulas de educação física é utilizado o campo de futebol de areia comunitário localizado

defronte a instituição.



Fachada do prédio da instituição



Planta baixa do CEC

5.2- População Alvo

Será composta por todos os adolescentes residentes no bairro Itacorubi, Florianópolis, frequentadores do CEC no turno da manhã, com idades que variam de 9 à 13 anos. Embora a idade de 9 anos não seja caracterizada como adolescência, as turmas do CEC são compostas por esta faixa etária e, portanto, estenderemos as atividades a esta população.

A população de adolescentes atendida pela instituição convive com baixa renda com uso de drogas, prostituição, conflitos familiares e violência física e moral.

A população alvo será discutida com maiores detalhes no transcorrer do relatório.

5.3 - Plano de Ação

5.3.1 - Objetivo Geral

Prestar cuidado de enfermagem ao adolescente no seu campo ambiental a partir de fatos instalados e em surgimento, baseado na Teoria de Martha E. Rogers.

5.3.2 - Objetivos Específicos

5.3.2.1- Conhecer a área física da instituição, os funcionários e as normas e rotinas da mesma.

Estratégia

- percorrer área física;
- interagir com funcionários da instituição;
- participar das atividades promovidas pela coordenação do CEC.

Avaliação

O objetivo será considerado alcançado se conhecermos a área física, as normas e rotinas e se buscarmos interação com os funcionários.

Aprazamento

1ª Semana de abril.

5.3.2.2- Avaliar periodicamente as atividades desenvolvidas no estágio.

Estratégia

- reunir-se quinzenalmente com a enfermeira supervisora e orientadora para discussão do andamento do projeto;
- reunir-se enquanto grupo de estágio para análise e redirecionamento das atividades.

Avaliação

Será considerado alcançado se contactuarmos com a enfermeira supervisora e orientadora, mantendo as reuniões quinzenais.

Aprazamento

Quinzenalmente.

5.3.2.3 - Conhecer o campo ambiental no qual a clientela está inserida.

Estratégia

- realizar visitas domiciliares às famílias dos adolescentes atendidos;
- criar instrumento para coleta de dados e registro de informações.

Avaliação

Será considerado alcançado se, no mínimo 20% das famílias dos adolescentes atendidos forem visitados.

Aprazamento

Todas as sextas feiras no transcorrer do estágio.

5.3.2.4 - Promover educação e saúde aos adolescentes frequentadores da instituição.

Estratégia

- realizar oficinas, a partir das vivências e expectativas dos adolescentes;
- buscar assessoria externa para prática de dinâmica de grupo.

Avaliação

Será considerado alcançado se buscarmos realizar as oficinas de acordo com os temas sugeridos pelos adolescentes e a partir de fatos surgidos no decorrer do estágio.

Aprazamento

Quinzenalmente.

5.3.2.5- Prestar cuidado de enfermagem individualizado ao adolescente, baseado no referencial de Rogers.

Estratégia

- fazer consulta de enfermagem;
- criar instrumento para consulta de enfermagem.

Avaliação

Será considerado alcançado se cada acadêmica realizar, no mínimo, 3 (três) consultas ao adolescente.

Aprazamento

No decorrer do estágio.

5.3.2.6- Buscar aprofundamento teórico dos temas pertinentes à adolescência.

Estratégia

- frequentar cursos e similares que abordem o tema do adolescente, em Florianópolis;

- dar continuidade à revisão bibliográfica de acordo com os temas emergentes.

Avaliação

Será considerado alcançado se houver aprofundamento teórico dos temas.

Aprazamento

No decorrer do estágio.

5.3.2.7- Refletir e trabalhar os fatos instalados e surgidos no grupo de acadêmicas no decorrer do estágio.

Estratégia

- utilizar técnicas de dinâmica de grupo e práticas alternativas.

Avaliação

Será alcançado se as acadêmicas conseguirem manter os campos humanos e ambiental equilibrados.

Aprazamento

Quinzenalmente.

6 - FAZENDO O CRONOGRAMA DAS ATIVIDADES

O estágio foi desenvolvido no turno da manhã e tarde, em um total de 220 horas, no período de 31/03 a 12/06 de 1997, conforme cronograma abaixo:

ATIVIDADES	Março				Abril				Maio				Junho				Julho			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Elaboração do projeto																				
Apresentação projeto																				
Início do estágio																				
Objetivos nº 1- Conhecer a área física da instituição, os funcionários e as normas e rotinas da mesma.																				
Objetivos nº 2- Avaliar periodicamente as atividades desenvolvidas no estágio.																				
Objetivos nº 3- Conhecer o campo ambiental no qual a clientela está inserida.																				
Objetivos nº 4- Promover educação e saúde aos adolescentes frequentadores da instituição.																				
Objetivos nº 5- Prestar cuidado de enfermagem individualizada ao adolescente, baseado no referencial de Rogers.																				

7- DESCREVENDO OS RESULTADOS DOS OBJETIVOS PROPOSTOS

Nosso objetivo geral era prestar cuidado de enfermagem ao adolescente no seu campo ambiental a partir de fatos instalados e em surgimento no seu processo evolutivo, baseado no Sistema Conceitual de Marta E. Rogers.

Na busca do alcance deste objetivo propusemos sete objetivos específicos, desenvolvidos num total de 220 horas, distribuídos nos períodos matutinos e vespertinos. A seguir, passaremos a descrever os resultados dos objetivos propostos.

7.1- Conhecer a área física da instituição, os funcionários e as normas e rotinas da mesma.

Este objetivo foi totalmente alcançado, pois ocorreu conforme o planejado; percorremos toda área física da instituição, interagimos de forma harmônica com os funcionários e participamos das atividades promovidas pela coordenação do CEC.

Através de uma conversa com a coordenadora do CEC, esta nos informou da ausência de normas e rotinas formais. E, que os educadores sociais, coordenadores e outros profissionais contratados para o programa, quando do concurso de seleção para início do projeto, foram instruídos sobre as normas de funcionamento dos CECs. Entretanto, no final do ano passado (1996), os

coordenadores sentiram a necessidade de normatizar e unificar o funcionamento dos CECs. Foi criado então, um projeto de reestruturação destes, o qual nos foi entregue para leitura (anexo1). Conversamos também com os educadores, utilizando um instrumento de coleta de dados sobre o campo de estágio (apêndice1).

Resultado da Coleta de Dados:

1- Os adolescentes são referidos como

Luxentos, mal-educados, relaxados, coitados, vem só pra comer, futuros assassinos e estupradores, agressivos, um menino da tarde está cheirando cola, problemáticos, capetas.

2- Introsamento coordenação/equipe

Falta de introsamento, período de conhecimento, pois a coordenadora é nova no local. Conversam, mas percebe-se falta de introsamento. A coordenadora é acessível e os educadores também.

Os educadores gostariam que a instituição os instrumentaliza-se para poderem preparar melhor as atividades. Sentem-se despreparados para trabalhar determinadas situações e portanto sentem falta de outros profissionais para lhes instrumentalizar. Estes profissionais dizem que a educação deve processar-se de modo diferente, entretanto não lhes dão dicas de como fazer, sentem falta de profissionais: psicóloga, pedagoga, prof. de educação física, teatro. Se houvesse estes profissionais eles usariam o tempo disponível para estudar e preparar as atividades.

3- Interação equipe/equipe

São solidários uns com os outros, conversam muito sobre o funcionamento do CEC, sentem necessidade de expôr os problemas do CEC. Preocupam-se por não terem tempo de preparar melhor as atividades e os temas. Reclamam de não terem material didático suficiente e adequado aos temas desenvolvidos e para a proposta.

4- Interação equipe/adolescente

Enquanto uns usam de violência física e moral para conter os adolescentes, outros preocupam-se com o futuro deles, embora uma parcela destes já determinam o futuro de forma negativa. Há conhecimento da realidade dos adolescentes.

5- Interação adolescente/adolescente

Agrupam-se em afins (meninos/meninos, meninas/meninas). Têm relações agressivas. Muitos querem dominar pela força e outros pelo intelecto.

5.1- Interação instituição/família

Segundo os educadores os pais não entendem o que é o CEC, pensam que é estrutura de escola, ou local para “deixar” os filhos enquanto trabalham. Não há uma interação entre a vida dos pais e dos filhos, cada um vive sua própria vida. Alguns pais respondem aos chamados do CEC, outros não dão qualquer justificativa para as faltas nas reuniões de pais ou quando são solicitados para falar dos filhos.

6- Como o adolescente se refere ao meio

Família - os adolescentes não fazem referência alguma à família.

Escola - não falam muito da escola. Reclamam da quantidade de deveres e alguns reclamam da professora.

CEC - Alguns adolescentes referiram desinteresse pelas atividades propostas pelas educadoras. Aham que as atividades não são atrativas. Outros, entretanto, gostam do CEC pois este proporciona momentos de lazer.

7- Crenças e valores da equipe

Alguns educadores pensam que as condições de vida dos adolescentes e seu meio ambiente não justificam suas atitudes de agressividade e desinteresse. A grande maioria sente-se impotente e sem instrumentalização para transformar/agir sobre a realidade dos adolescentes.

Em conversa com uma das educadoras, esta falou-nos que sua vida pessoal e profissional está estreitamente ligada ao seu bem estar emocional. Se ela está de bem consigo, tudo fica bem. Praticamente toda a equipe considera as relações com seus familiares importantes, sendo estas suporte para sua vida fora de casa.

A grande maioria da equipe aceita nossa presença com interesse. Não conseguimos interagir positivamente com uma das educadoras que ao contrário das outras não abre espaço para maior contato.

8- Crenças e valores dos adolescentes

A grande maioria dos adolescentes não se refere as transformações que estão sofrendo. Não se referem também as suas famílias de forma alguma. Não fazem referência a qualquer crença religiosa. São evasivos ao falarem de suas vidas de forma geral, vivem o momento que estão no CEC. A referência que fazem à comunidade restringe-se ao comentário acerca dos amigos. No grupo, de um modo geral, a sexualidade é encarada com certa vergonha, risinhos e olhares

esgueiros entremeiam os jogos e as conversas a respeito do sexo.

Os adolescentes tem dificuldades em aceitar o espaço ocupado pelos colegas; existem claras relações de poder no grupo. Alguns dominam pela inteligência, outros pela força.

Os adolescentes, em sua grande maioria, sentiram curiosidade com a nossa presença, procurando-nos timidamente e solicitando nossa presença para os jogos e demais atividades. Não manifestam, entretanto, entendimento a cerca do tema desenvolvido.

9- Crenças e valores da família

Não tivemos contato com nenhuma família.

Segundo uma das educadoras, as normas são implícitas e a rotina das atividades depende de cada professor. As rotinas são as seguintes:

Período matutino

As crianças e adolescentes chegam ao CEC às 8h e até 8h15 recebem o café da manhã; das 8h15 às 8h30, a educadora faz uma roda com os adolescentes, onde estes falam um pouco de seu dia-a-dia e do que tenham vontade.



Café da manhã

A partir das 8h30, as atividades dividem-se em três momentos:

1. Deveres - que é o reforço pedagógico
2. Tema - um assunto escolhido pela educadora, onde ocorre uma discussão com os adolescentes sobre este tema. É abordado um tema por semana.
3. Jogos - atividades de recreação.

Período Vespertino

As crianças e adolescentes do período vespertino entram às 12:00h, onde recebem almoço. Após o almoço ficam até às 13h30 no pátio do CEC para que este possa ser limpo. Entram novamente a 13h30 e fazem os deveres com o auxílio da educadora, recebem lanche, e em seguida fazem atividades de recreação (jogos, brincadeiras, desenhos....).

Convém ressaltar que duas vezes por semana, as crianças e adolescentes tem aulas de educação artística e música. E, uma vez por semana, educação física.



Educação artística



Educação física

A educadora dos adolescentes, no período matutino, diz que sente falta de material didático. Segundo ela, não existe tempo para preparar as atividades e nem para fazer leituras que subsidiem a prática. Isto torna-se uma dificuldade na relação ensino/aprendizado.

Durante nossa interação com os educadores, nos foram relatadas as várias dificuldades para se trabalhar, segundo as propostas do Programa. Dentre estas foram citadas: a falta de espaço físico; falta de profissionais, principalmente

psicólogo; o desrespeito por parte das crianças e adolescentes (uso de palavrões e agressividade para com os professores e colegas), a falta de interesse dos adolescentes por algumas atividades, criando conflitos; ausência de abordagem junto à família.

Falaram também que o CEC não é uma continuação da escola e, que portanto, deveria proporcionar aos frequentadores atividades diferentes da escola e, que de certa forma, ajudassem estas crianças e adolescentes a terem uma melhor qualidade de vida. Ao contrário disso, vê-se que o CEC não está trazendo resultados para estes, os quais ao invés de melhorarem, estão adquirindo comportamentos cada vez mais desequilibrados.

Conforme proposto neste objetivo, procuramos participar de todas as atividades promovidas pela coordenação do CEC. Nas primeiras semanas permanecemos junto aos adolescentes acompanhando-os em suas atividades. Participamos também, das reuniões quinzenais realizadas pela coordenação e funcionários (apêndice 2) e reunião entre o CEC e a escola (apêndice 3).

Vale salientar que o aprazamento de uma semana para a execução deste objetivo foi considerado por nós suficiente, enquanto reconhecimento da área física, normas e rotinas da instituição; porém a interação com a equipe de profissionais ocorreu ao longo do estágio.

7.2- Avaliar periodicamente as atividades desenvolvidas no estágio.

Este objetivo foi totalmente atingido. Tivemos durante o período de estágio, seis encontros, os quais eram realizados na própria Universidade e, onde discutíamos questões referentes ao estágio e planejávamos a continuação deste.

Quanto as avaliações referentes ao estágio, feitas pelas acadêmicas enquanto grupo, foram realizadas conforme as disponibilidades de tempo; através de reuniões no próprio CEC, Biblioteca Universitária, residência de uma das

acadêmicas e residência da enfermeira supervisora. Nestas reuniões eram feitas as avaliações das atividades (oficinas, jogos, consulta, visitas) realizadas em campo de estágio e redirecionamento das mesmas.

É importante salientar que estas reuniões foram bastante produtivas e importantes para o andamento do estágio.

Havíamos apazado este objetivo quinzenalmente e consideramos que este apazamento foi insuficiente para o alcance do mesmo, motivo pelo qual passamos a realizar as reuniões semanalmente.

7.3- Identificar o campo ambiental no qual a clientela está inserida.

Consideramos este objetivo alcançado, pois realizamos visita domiciliar com todos os adolescentes consultados. Tomar contato com o campo ambiental destes adolescentes, foi de grande importância para a identificação das disritimias e interferências que fazem parte do processo vital dos mesmos e, assim podermos implementar o cuidado de enfermagem no sentido de redirecionar o curso deste processo.

Devido a pouca disponibilidade dos familiares algumas alterações foram feitas no cronograma (as visitas estavam programadas para serem realizadas as sextas-feiras à tarde), e realizamos então as visitas conforme acerto prévio com os adolescentes, nos dias em que pudéssemos ser recebidas.

Gostaríamos de salientar que apesar da grande importância da visita domiciliar, no sentido de complementar a visão da integralidade do adolescente com seu meio, encontramos algumas dificuldades, a saber:

- Dificil acesso à algumas residências;
- Pouca disponibilidade dos familiares:

- Ausência (no momento da visita) de familiar apto para troca de informações acerca do adolescente;
- Dificuldade em realizar a visita em duplas de acadêmicas.

Estas dificuldades, somadas ao curto período de estágio, impediram que fossem feitas mais visitas, identificadas por nós como necessárias para uma intervenção mais eficaz junto ao adolescente e família.

As visitas, em número de onze, foram executadas conforme um planejamento prévio (apêndice 4).

7.4- Promover educação em saúde aos adolescentes freqüentadores da instituição.

A proposta do projeto de trabalhar educação em saúde, girou em torno das vivências e expectativas dos adolescentes.

A interação das acadêmicas com os adolescentes na primeira semana de estágio permitiu o levantamento de muitas disrritmias de campo humano e ambiental; falta de limites e, portanto noção de espaço inadequado; baixa auto-estima; auto-imagem prejudicada; sexualidade afluada; conflitos familiares graves e lacuna de aprendizagem no que se refere às mudanças desencadeadas pela adolescência.

Todos estes dados eram importantíssimos e refletiam, não somente o nível consciente dos adolescentes, mas sua totalidade; refletiam a sua interação consigo mesmo e com o meio ambiente. Mas, por onde começar, que método utilizar? De uma coisa tínhamos certeza: o método não deveria atropelar ninguém. O caminho deveria ir sendo aberto pela turma, pelo grupo e deveria favorecer aos adolescentes a simbolização das disrritmias, nas quais se encontram enredados, conduzindo sempre a possibilidade deles exprimirem em palavras,

aquilo que antes era sem nome e sem lugar.

Sabíamos também que o processo de trabalho deveria ser delicado, fluído numa interação progressiva . O que se passaria dentro de nós acadêmicas e o que se passaria dentro do adolescente num encontro, deveria ser uma suave fusão. Entendíamos que nosso papel era sermos parceiros e ajudar o adolescente a tomar consciência de si mesmo e de sua existência em seu mundo, quer seja agindo sobre ressonâncias biológicas ou sobre a complexidade da estrutura sócio-familiar no qual está inserido.

Discutimos em grupo e chegamos à conclusão que o ideal seria uma atividade que fizesse com que os adolescentes percebessem que têm um espaço próprio, quer seja na família, na escola, no CEC, ou em qualquer outro lugar. Esperávamos que a abertura para a discussão deste tema, trouxesse outras discussões como: a identidade (quem sou eu, quais valores e crenças me guiam), o grupo (quem faz parte do meu grupo no CEC, como são estas pessoas, quem são elas, quais seus valores e crenças). Pretendíamos também que esta atividade fosse a “apresentação” do grupo de acadêmicas, onde deveria ser explicitado sucintamente, para que vínhamos e o que trazíamos para colaborar com o trabalho já instalado.

Os roteiros das oficinas encontram-se no apêndice 5. A seguir relataremos o desenvolvimento das mesmas. Vale ressaltar que os nomes dos adolescentes foram trocados para garantir o anonimato dos mesmos.

1ª Oficina: Introduzindo o Tema Saúde

A oficina foi coordenada por uma acadêmica, enquanto uma segunda registrava as observações feitas e a terceira, auxiliava nas tarefas.

No primeiro momento, os adolescentes foram dispostos em círculo para o relaxamento, cujo objetivo era incentivar os mesmos a perceberem seu espaço.

“Daqui a pouquinho pedirei a todos vocês no grupo que fechem os olhos, e vou levá-los a uma viagem imaginária de fantasia.

Agora, gostaria que vocês ficassem o mais confortável possível, fechem os olhos e entrem no seu espaço. Quando você fecha os olhos, existe um espaço onde você se encontra. É o que chamo de seu espaço. Você ocupa esse espaço nesta sala, ou em qualquer lugar que esteja, mas geralmente não o nota. Com os olhos fechados você consegue ter a sensação deste espaço; onde está seu corpo e o ar que está em volta de você. É um lugar gostoso de estar, porque ele é o seu lugar, o seu espaço. Note o que está acontecendo no seu corpo. Note se existe áreas contraídas em alguma parte do seu corpo. Note onde estão estas partes. Percorra o seu corpo da cabeça até os dedos do pé, e procure notar: Como você está respirando? Está dando respiradas profundas ou respiradas curtas e rápidas? Agora eu gostaria que você desse algumas respiradas bem profundas pelo nariz. Respire e veja como seu corpo vai relaxando. Sinta que você é invadido por um calor gostoso, que deixa seu corpo mole.

Devagar, vão abrindo os olhos e voltando para a sala onde iremos iniciar outra atividade.” (Adaptado do livro - Descobrimos Crianças: a abordagem gestáltica com crianças e adolescentes de Violet Oaklander, 1980).

No momento do relaxamento alguns adolescentes fecharam os olhos, outros ficaram de olhos abertos porém calmos e outros ficaram impacientes movimentando-se, falando e rindo o tempo todo. Porém ao final do relaxamento mesmo aqueles que estavam agitados aquietaram-se.

Para Oaklander (1980), a resistência de algumas pessoas em fechar os olhos vem da sensação de falta de controle que sentem com os olhos fechados.

O segundo momento, objetivado pela escolha das sucatas, abriu-nos uma possibilidade maravilhosa de interação com os adolescentes, de conhecê-los um pouco melhor em sua individualidade e/ou percebê-los mais detalhadamente

em sua dinâmica grupal. Neste momento percebemos que era necessário trabalharmos a auto-imagem destes adolescentes..

Alguns adolescentes foram até o monte de sucatas e sem escolher muito, pegaram uma sucata e foram sentar. Porém a maioria ficou indeciso no momento de escolher a sucata, revirando o monte e trocando de sucata várias vezes.

Alexandre: escolheu um fone de ouvido porque achou legal.

Eduardo: escolheu um chuveiro porque achou legal.

Anderson: escolheu uma bandeja plástica com tampa porque era uma fôrma de bolo. Verbaliza sua vinda ao CEC para alimentar-se, exclusivamente.

Fernanda: escolheu uma caixa de perfume para ver o que tinha dentro.

Carla: escolheu um rolo de lã porque faz roupa.

Maria: escolheu uma caixa de bombom porque é gostoso de comer.

Simone: escolheu um vidro de perfume por ser um perfume.

Sandro: escolheu várias sucatas (cano plástico, lata e frasco de amaciante) unindo uma a outra formando uma só, porque gosta de fazer experiências.

Percebemos, também, neste momento a dificuldade que cada adolescente tinha em falar de sua escolha, refletindo a dificuldade em expressar coisas que se referem a si mesmos.

Depois de escolherem as sucatas, os adolescentes foram até a caixa que representava as acadêmicas e colocaram-nas dentro desta. As acadêmicas explicaram que não era esse o objetivo para aquele momento e ajudaram a retirar as sucatas da caixa.

No terceiro momento, o desafio para o grupo foi construir seu caminho diferente dos demais.

Novamente os adolescentes correram até o monte de sucata para pegar

mais, estavam bastante agitados. A maioria fez o caminho com papel crepon. Alguns fizeram um caminho que circulava seu próprio espaço para chegar até a caixa. Outros fizeram um caminho com bandeja de isopor e cobriram com papel crepon. Outra fez um caminho que começava com uma caixa de isopor seguida por um papel de crepon reto, chegando até um pedaço de papelão onde abria-se dois papéis terminando por uma bandeja de isopor. Outra fez um caminho com um pedaço de papel cortado (meio círculo) e outro fez o caminho todo de jornal.

Todos ficaram concentrados em fazer seus caminhos. Havia momentos de total silêncio. Ao final, todos queriam ver o trabalho dos colegas. Alguns andaram sobre o caminho dos outros, provocando discussões. Fábio, pulava sobre os círculos (espaço individual) de todos. No decorrer do estágio percebemos que Fábio é um adolescente que tem muitas dificuldades em trabalhar com limites, principalmente, o seu limite em relação aos outros.

No quarto momento, cujo objetivo era trabalhar questão do “eu” no grupo, todos ficaram envolvidos no que estavam fazendo, levando quase 10 minutos para conseguir deixar o trabalho em pé, e só conseguiram fazer, quando a coordenadora da oficina falou para irem com calma, colocando um de cada vez a sucata. Este momento foi liderado por dois adolescentes, Alexandre e Anderson. Estes meninos são super agitados no grupo. Segundo a educadora eles “atrapalham” as atividades com seu comportamento rebelde e por vezes agressivos. São os dois adolescentes mais velhos do grupo (14 e 13 anos respectivamente). Ao final da atividade resgatamos com a educadora este fato, levantando-se questões como adequação das atividades com a necessidade individual, a importância da expressão dos sentimentos para os adolescentes ditos “rebeldes”, etc.

O quinto momento (Eu e as Acadêmicas), deixou os adolescentes bastantes agitados. Correram até a caixa grande e logo a abriram, aparecendo a

caixa menor. Abriram-na vorazmente e alguns pegaram o que tinha dentro.

O sexto e sétimo momentos (Eu e a Saúde e Conceituando Saúde) foram tranquilos. Ao montar o quebra-cabeça todos, exceto duas adolescentes, ficaram envolvidos na montagem. As outras duas ficaram arrumando o ambiente.

No decorrer da montagem, as meninas foram saindo e deixaram os meninos montando o quebra-cabeça. Após a montagem, três adolescentes (meninos) ajudaram a colar o quebra-cabeça na parede. Mais uma vez esta atividade foi liderada por Alexandre, Anderson, auxiliados por Sandro e Eduardo.

No oitavo momento, os adolescentes falaram que gostaram da oficina, que foi gostoso, diferente, “baita”. Os momentos que mais gostaram, segundo alguns, foi a hora de montar uma sucata só e no momento do quebra-cabeça. Falaram que gostaram de tudo.

Os conceitos dos adolescentes sobre saúde foram:

- *“Cuidar da vida”*
- *“Não deve esquecer”*
- *“Uma boa vida”*
- *“Se alimentar”*
- *“Lutar pela vida”*
- *“Tratar do corpo”*
- *“Tratar bem da saúde”*
- *“Se cuidar para não pegar doenças”.*

Estes conceitos foram fixados na parede e os conteúdos trabalhados durante o transcorrer do estágio.

Interessante o fato de que, num outro dia, uma das adolescentes, sem que vissemos, escreveu no cartaz:

- *“Ir ao médico”*
- *“Lavar o cú”*
- *“Lavar a vagina”*

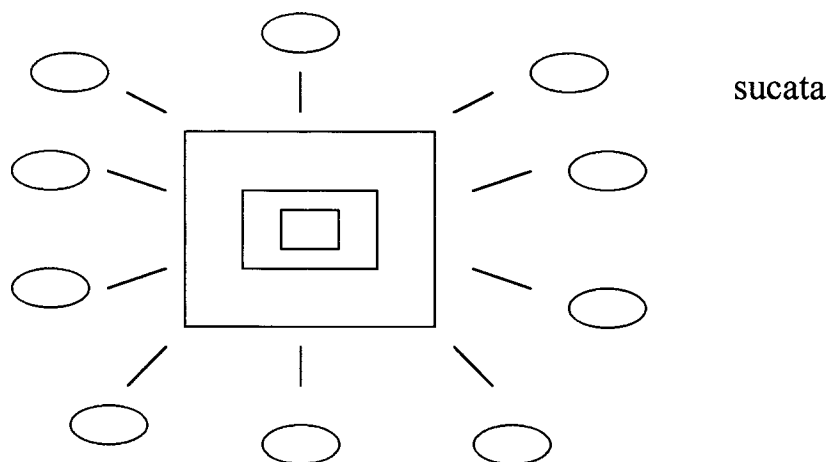
- *“Se limpa”*
- *“Praticar esportes”*
- *“Se limpa quando for ao banheiro”*
- *“Limpar a bunda”.*

Estes conceitos refletem a vida de cada um dos adolescentes do grupo. A luta pela subsistência, pela sobrevivência, é algo muito forte. A maneira de falar, de se comportar, de agredir, mostram claramente a dificuldade desses adolescentes em ocuparem um espaço. Saúde-doença são resultado da relação que têm consigo e com seu meio ambiente, por vezes, hostil, por vezes, incompreensível. Escrever os conceitos depois de que todos o fizeram mostra claramente a dificuldade de expressão desses adolescentes. As palavras, soam rudes, mas refletem com clareza o dia-a-dia desses seres.

Esta primeira oficina reforçou nossa percepção no que se refere à necessidade de trabalharmos com os adolescentes o espaço, auto-imagem, relações de grupo e conceitos práticos de saúde. Mais ainda, reforçou a idéia primordial de que não tínhamos que fazer as coisas por eles, mas fornecer alguns subsídios para que eles façam suas escolhas, conscientes que têm estas escolhas quanto à forma de viver no mundo.

Vale salientar que, o espaço da enfermagem proposto pela acadêmicas acabou tornando-se, realmente, a sala dos educadores. A falta de espaço físico impediu que houvesse um outro lugar disponível para o encontro formal entre as acadêmicas e os adolescentes. A sala dos educadores tornou-se referência para o trabalho das acadêmicas.

Ficou um trabalho esteticamente bonito: a disposição do material, dos círculos e das caixas.



Na segunda oficina, procuramos novamente, levantar a questão dos espaços de cada adolescente dentro do grupo e elaborar um nome para este grupo, partindo das suas opiniões.

2ª Oficina: Dando Nome ao Grupo

Houve discussão no início do trabalho, pois alguns adolescentes queriam ir ao campinho de futebol de areia, localizado na frente do CEC, já que a educadora lhes havia dito que isso aconteceria. Fábio, Eduardo e Carla, não aceitaram a vontade da maioria de participar da oficina. Entretanto, Fábio resolveu participar.

Iniciamos com o relaxamento:

“Agora vou pedir para vocês fecharem os olhos. Respirem profundamente pelo nariz, soltando o ar devagar, também pelo nariz (3 vezes). Agora imaginem que em cima de vocês tem uma grande bola azul e esta bola está soltando raios azuis em cima de vocês e, esses raios percorrem todo o seu corpo, passam pela cabeça, braços, atingindo as pernas e saindo pelos pés. Agora abram os olhos vagorosamente e vamos iniciar a nossa atividade.”

Durante o relaxamento todos participaram. Houve silêncio.

Algumas frases a respeito do relaxamento:

- *“Me senti toda enraizada”.*
- *“Vi um monte de coisinhas piscando”.*
- *“Senti uma moleza”.*

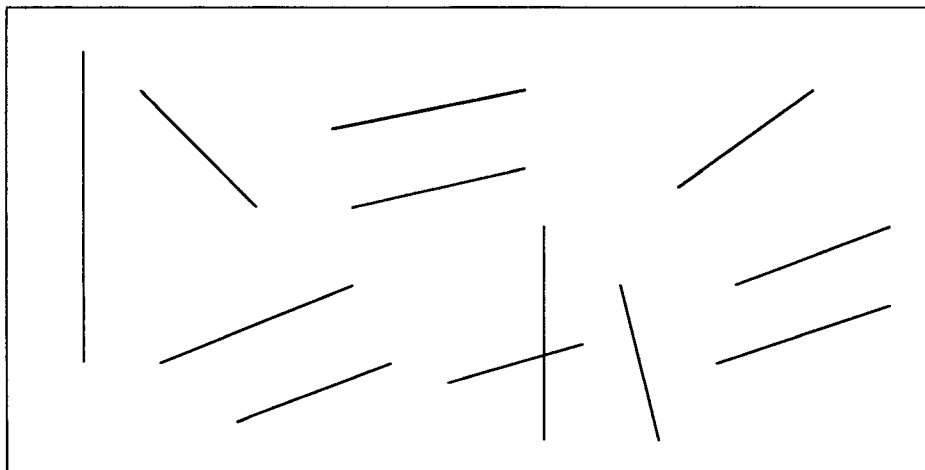
Percebemos que, este relaxamento “centrou” os adolescentes para o início da atividade.

A coordenadora da oficina explicou o trabalho e, no segundo momento, na hora de colocar as flechas com o nome, todo o grupo quis fazer isso ao mesmo tempo, embora manifestaram dúvidas em como construir a flecha.

Após todos terem escrito seu nome, a educadora pediu para colocar o seu pois sente-se também integrante do grupo.

Fábio apagou seu nome duas vezes para fazer diferente, as duas vezes tinha desenhado a flecha igual como da primeira vez. Isto se reflete na frase de um dos integrantes do grupo: *“o que adiantou apagar se ele fez igual”?*

Isabel não se manifestou na hora de desenhar as flechas. Desenhou porque foi estimulada pela coordenadora.



Desenho feito no quadro negro pelos adolescentes

Durante o terceiro momento da oficina, quando a coordenadora escreveu o seu nome em uma flecha trocada, houve reclamações: *“Não pode colocar em outro nome”!* *“É mas tu colocaste”* (referindo-se a coordenadora). *“O certo agora seria colocar o nome nas flechas trocadas”*. *“Não pode fazer isso porque senão o outro fica sem lugar”*.

Isabel não manifestou reação alguma na hora em que a coordenadora ocupou sua flecha e, automaticamente, escreveu seu nome na flecha antes ocupada pela coordenadora. Questionada sobre isso, ela respondeu: *“Não me importo”*.

Fernanda escreveu seu nome muito pequeno, quase de forma ilegível.

Eduardo e Carla eram, a todo momento, estimulados pelo grupo a participar do trabalho, embora sempre se negassem a fazê-lo.

Durante o quinto momento, transcrição do desenho para o pano, Fábio quis, novamente, trocar sua flecha: *“eu quero colocar minha flecha reta agora”*. Houve reação da turma, já que o combinado era que o desenho do pano seria igual ao do quadro: *“Não pode, tem que ser igual ao do quadro”*.

Um dos adolescentes disse: *“Que legal, é o nosso grupo”*.

Fábio reclamou que a flecha de Sandro era maior que a dele: *“A flecha dele é muito grande”*. Sandro defendeu-se: *“O meu nome é que é grande”*.

Eduardo rodava o grupo, sempre falando em ir ao campinho. Os demais adolescentes reagiam, dizendo que estavam trabalhando e não queriam ir ao campinho.

Fábio desenhou sua seta muito grande, diferente do desenho do quadro e com isso, o resto do desenho ficou alterado. Isto causou preocupação por parte de alguns adolescentes, no que se refere ao espaço ocupado por cada um: *“Quer que eu faça minha flecha mais pra baixo para você fazer aqui onde estou”?* Esta fala foi de Ana, a mesma adolescente que disse que não era para trocar o nome

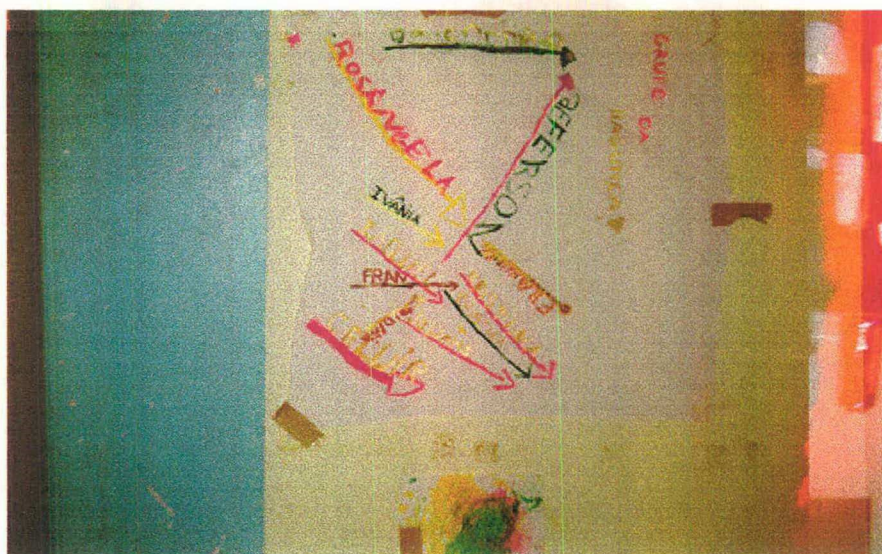
das flechas “*porque senão o outro fica sem lugar*”.

Enquanto o grupo escrevia no tecido, Eduardo desenhava no canto do quadro, onde estava o desenho do grupo. Depois, ajoelhou-se no banco junto com o grupo, pegou pincéis e olhou os outros trabalhando. Levantou-se e foi para outra mesa. Pegou papel e lápis e foi desenhar, sempre olhando para o grupo. Não quis colocar seu nome no pano.

Carla pediu para colocar seu nome no pano. Eu fiz a mesma solicitação e o grupo permitiu. Ivânia e Carol, que estavam em consulta também colocaram seus nomes. Eduardo não o fez.

No sexto momento, quando foi proposto criar o nome para o grupo, três nomes foram cogitados: Grupo Arte, Grupo É o tchan e Grupo da Bagunça.

Ganhou o Grupo da Bagunça.



Transcrição do desenho do quadro negro para o tecido

Fábio e Sandro não participaram da escolha do nome do grupo, pois preferiam ficar brincando na rua.

No dia 18.04.97, Fábio subiu na mesa sobre a qual está o desenho e colocou um nome sobre o pano “Grupo da Alegria”. Houve reclamação do grupo,

mas mesmo assim ele o fez. Procuramos questionar sua postura. O próprio grupo definiu o problema quando disse: *“O Fábio é assim mesmo; não respeita nada; quer fazer tudo do jeito dele”*. Mesmo tendo sido aberta discussão, o grupo não quis mais se manifestar.

Analisando os dados da interação cliente-acadêmicas-ambiente, achamos conveniente o preparo de um encontro que explorasse a auto-imagem, tão prejudicada, dos adolescentes. Buscamos referenciais teóricos que abordassem o tema e chegamos a uma proposta de oficina, cujo objetivo era trabalhar auto-conhecimento e as relações do adolescente com ele e com o grupo - buscando o auto-conhecimento.

Quando propusemos o trabalho, praticamente todos os adolescentes empolgaram-se. Maria e Leandro, entretanto, disseram que não queriam participar.

Dos participantes, todos queriam colar o papel no chão para delimitar o espaço para a oficina. Houve discussão pois todos queriam fazer tudo sozinhos e não aceitavam que os colegas também desenvolvessem a atividade.

Houve relutância da maior parte do grupo em subir no papel para começar a atividade. Quando o coordenador deu o comando para andar sobre o papel, Eduardo jogou-se na cadeira e recusou-se a continuar. Ficou todo o tempo falando: *“Ah! Se eu soubesse que era isso eu não tinha vindo! Que palhaçada! Eu quero é desenhar!”* Sentou-se na mesa e desenhou até o fim da atividade (anexo 2).

O primeiro momento iniciou com um relaxamento:

“Gostaria que vocês andassem sobre este pedaço de papel; procurando não sair dos limites do papel. Ande e olhe para seus colegas. Agora feche os

olhos e continue andando. Não tenha medo de se chocar com os outros. Ande atento. Como você está se sentindo? Tenso? Relaxado? Como está sua respiração? Procure respirar bem fundo pelo nariz, soltando o ar também pelo nariz.

Imagine agora que você é um barco. Pense em como você seria se fosse um barco. Você está no meio do mar. O mar está calmo e você bóia suavemente sobre as águas. Neste momento, entretanto, você sente uma brisa suave começar a empurrar você. Vai deslizando devagar e observa que o céu começa escurecer. O vento começa a soprar muito forte e joga você de um lado para outro. Há raios e trovões. Você luta contra as ondas fortes e grandes que tentam afundar você. Como seu corpo está sentindo este momento? Que partes do seu corpo você está usando neste momento? Você já se sente cansado quando percebe que o mar está acalmando. Já não há mais raios nem trovoadas. As ondas estão menores. O vento já não é tão forte. Devagar a tempestade vai parando e você vai também se acalmando. Agora só uma brisa lhe empurra sobre o mar tranquilo.” (Oarklander, 1980).

“Devagar vá se deitando no chão, junto aos outros barcos que também estavam na tempestade.

Como você está se sentindo?

Neste momento, você não é mais o barco, você volta a ter um corpo. Como está este corpo agora? Respire devagar.

Aproxime-se devagar do seu colega até juntar pé com pé. Respire mais duas vezes profundo pelo nariz, soltando o ar também pelo nariz.

Devagar, abra os olhos, mas permaneça deitado.”



Eduardo desenhando

Carla participava, mas sempre reclamando: *“Pra que andar? Pra que andar de olhos fechados? Palhaçada imitar um barco!”*

Todos tiveram dificuldade em manter os olhos fechados e sentiam necessidade de verbalizar suas sensações a todo momento.

Quando foi dado o comando de imaginar-se barco, muitos dos participantes (Ana, Sandro, Simone, Cláudia) dramatizaram as situações propostas.

Fábio sentou-se sobre a mesa e começou a jogar canetas que estavam fazendo a atividade dizendo que eram os raios. O grupo sentiu-se incomodado e com raiva, verbalizando esses sentimentos: *“Aí, Fábio, vamo pará, vamo!”* *“Professora manda ele parar; não consigo me concentrar”*. *“Tô ficando com raiva”*. *“O Fábio é um saco!”* *“Se você não quer participar, deixe os outros participarem”*. Apesar das reclamações ele continuou jogando coisas e ironizando a atividade.

No segundo momento, no contorno do corpo, houve reclamações pois alguns dos adolescentes já haviam realizado atividade parecida com a educadora na semana que havia transcorrido. Como havíamos previsto tal reclamação,

sugerimos que eles pegassem os desenhos feitos e somente os completassem, colando-os posteriormente no espaço determinado para a oficina. A sugestão foi aceita somente por Carla. Os outros que ainda participavam decidiram desenhar novamente.

Houve reclamações pois o grupo achou que o espaço no chão era pequeno demais para tanta gente e ninguém queria “*ficar apertado*”. Fernanda simplesmente negou-se a dividir espaço com Fábio e Sandro e disse que se a coordenadora não colasse mais um pedaço de papel no chão ela rasgaria seu desenho e não participaria mais. O espaço foi cedido pelo grupo como um todo.

Fábio colocou seu pé em cima do desenho de Carol e fez um risco sobre ele. Carol não gostou e começou a agredir fisicamente Fábio, que por sua vez, revidou. Houve necessidade de interromper a oficina pois a briga tomou vulto (vide Processo de Enfermagem de Carol) e os dois irmãos precisaram ser atendidos isoladamente.

A partir deste momento houve muita dificuldade em manter a disciplina do grupo de trabalho. Somando ao episódio que envolveu Carol e Fábio, alguém tropeçou no papel e rasgou o desenho de Sandro, que recusou-se a continuar a atividade.

No terceiro e quarto momentos, todos os participantes envolveram-se, mesmo recebendo críticas irônicas dos adolescentes que estavam fora da atividade (agora em número de cinco).



Colagem - Oficina

O clima estava tenso: muito barulho, ironias, risadas. Tentamos levantar uma discussão acerca do estava acontecendo (fato surgido). Neste momento, a professora de educação artística liberou a turma das crianças que ficaram em volta do nosso grupo querendo participar da atividade, andando sobre os desenhos feitos. A situação ficou insustentável e não houve possibilidade de avaliar a atividade.

A avaliação foi realizada individualmente, em dia subsequente, quando cada adolescente teve possibilidade de ver e comentar sobre o seu trabalho. Abaixo seguem algumas considerações dos adolescentes acerca de seus trabalhos:

Carla

Recortou o corpo do trabalho realizado pela educadora e justifica-se: *“Não gosto de perder tempo fazendo coisas que já fiz”*. Colou uma figura de um fígado. Na barriga dois bebês. Desenhou olhos grandes, boca vermelha, cabelos longos e região genital com pêlos negros; unhas longas e brancas; coração vermelho no centro do tórax.

Questionada sobre as colagens e o desenho respondeu: *“Acho que as mulheres tem que ter filhos”. “As mulheres tem cabelo na vagina”*. Falava de olhos baixos, mexendo com os dedos das mãos.

Carla é uma adolescente de doze anos. Em casa faz as tarefas domésticas sozinha (lavar, cozinhar, limpar) e ainda cuida dos três irmãos mais jovens. Acorda-se as cinco e trinta para dar conta do serviço da casa para depois vir ao CEC. À tarde frequenta a terceira série.

Cristina (acadêmica)

Colou figuras relacionadas a sua vida cotidiana: um violão (gosta de música), comida, casal de namorados, duas mulheres abraçadas (amizade). Fez o contorno do corpo em verde e não coloriu.

Sandro

Fez o contorno do corpo em verde e não coloriu. Alguém tropeçou no papel e rasgou seu desenho na altura da cabeça. O adolescente recusou-se a continuar o trabalho pois sentiu-se desrespeitado: *“não estraguei o desenho de ninguém, porque tinham que estragar o meu?”*

Sandro é um pré adolescente de dez anos. Muito bem entrosado com o grupo. Tem liderança natural e impõe-se na argumentação, usando sua inteligência para, muitas vezes, dominar o grupo.

Carol

Fez o contorno do corpo em roxo e desenhou somente os olhos. Não coloriu nem fez a colagem. Saiu no meio da atividade para ser atendida com o irmão Fábio. É irrequieta e dominadora. Não admite que lhe prejudiquem, mesmo sem querer. Não descansa enquanto *“não pegar”* quem o faz. Mais detalhes no Processo de Enfermagem.

Fábio

Fez somente o contorno do corpo. Após ser atendido pela acadêmica de enfermagem, recusou-se a continuar o trabalho.

Fábio é um adolescente com comportamento bastante bastante agressivo. Invade constantemente o espaço dos outros mas não admite a invasão do seu, sob pena de agressão física e verbal. Mais detalhes no Processo de Enfermagem.

Cláudia

Recortou de uma revista cabelos claros e lisos e colou sobre o contorno da cabeça. Recortou olhos e boca. Na região das mamas colou dois círculos azuis e na região cardíaca um coração escrito "*Amor por você*". Recortou círculo pequeno e colou no umbigo. Na região genital colou uma casa. Na mão direita outro círculo escrito "*ou você se cuida*". Na perna direita um copo e no pé esquerdo um aparelho de som. Desenhou o corpo em preto e depois passou crayon azul por cima.

Cláudia é extrovertida e exige que lhe dêem seu espaço. Questionada sobre as figuras, disse gostar de receber carinho e que a família é importante na sua vida (casa na região genital). Gosta de música. Passou o crayon azul em cima do preto pois ficaria "*mais alegre*". Mais detalhes no processo de enfermagem.

Isabel

Pediu para que a coordenadora desenhasse o rosto de *seu corpo*. Fez os cabelos longos de hidrocor marrom. Na boca colou comidas (frutas e pudim). Desenhou pequenas mamas. No abdômen colou figura de duas mulheres e mais comida. Na perna esquerda uma geladeira cheia de alimentos. O corpo foi contornado de marrom.

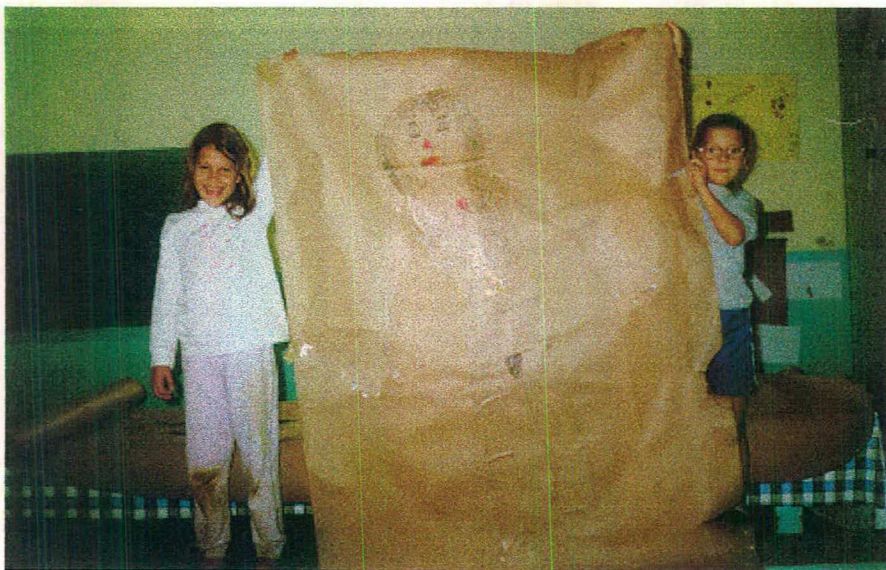
Questionada sobre o trabalho, Isabel disse não saber desenhar e prefere que outras pessoas o façam, *“mesmo que o desenho fique feio”*. Colou comidas porque não é de tudo que gosta de comer. Ainda não tem mamas e por isso não sabe se vai gostar de tê-las.

Isabel é bastante introvertida e tem poucos colegas no grupo. É pequena e magra. Não reage quando lhe tomam espaço; responde simplesmente *“tanto faz”*. Maiores detalhes no Processo de Enfermagem.

Ana

Contornou o corpo de preto. Desenhou grandes olhos azuis e uma grande boca vermelha sorrindo. No tórax colou alimentos; desenhou mamas pequenas. No abdômem colou um livro, o planeta Terra, roupas e talheres. Na perna esquerda colou uma casa com piscina e o time do flamengo (*“o melhor!”*). Na perna direita colou uma bota e uma geladeira cheia de alimentos.

Ana é uma adolescente extrovertida e alega que mantém boa relação com o grupo. Solicitada para falar sobre o desenho responde: *“gosto de dar risada porque sou simpática; gosto de comer bastante”*. Sobre as mamas disse: *“Minhas tias ficam falando que eu tenho peitos e eu não gosto”*. Disse gostar de estudar e quer ter uma casa bem grande com piscina. Maiores detalhes no Processo de Enfermagem.



Desenho produzido na oficina

Este momento do estágio reforçou ainda mais a percepção que tivemos sobre a dificuldade dos adolescentes falarem sobre si mesmos. Entendemos que a sexualidade e as nuances que a cercam é um assunto complicado para eles; todos tem dúvidas e receios a respeito. Isto fica claro quando dizem: *“Não gosto muito de falar nisso, tenho vergonha!”* *“Sei que todo mundo é assim, mas não gosto de falar”*. *“O que é que o homem tem no lugar do útero?”*. *“Por que homem não tem seios?”*. *“Eu não sei direito como a mulher fica grávida”*. *“Menstruação? Não, minha mãe não me falou”*.

Decidimos, em vista disso, continuar trabalhando sexualidade no que diz respeito ao conhecimento de si mesmo.

Com o transcorrer do estágio percebemos que teríamos de alterar o cronograma. Uma oficina a cada quinze dias estava sendo insuficiente para trabalhar os fatos instalados e os fatos surgidos na clientela.

Decidimos realizar uma oficina por semana a partir desta data, incrementando a intervenção com cartazes, jogos dramáticos, painéis e montagem de um Jogo da Saúde (apêndice 6) que pudesse responder algumas das perguntas feitas pelos adolescentes em levantamento individual realizado

(anexo3).

O jogo da saúde surgiu da necessidade da educadora em utilizar formas mais lúdicas de ensino. Este fato, reforçado pela falta de material didático, fez com que pensássemos em um jogo que resolvesse estas questões e ainda pudesse responder a algumas dúvidas verbalizadas como: acontecimentos mais comuns na adolescência e na infância (pediculose, escabiose, cáries, acidentes domésticos e de trânsito, entre outros), direitos da criança e do adolescente. Este jogo foi muito bem aceito pelos adolescentes e durante sua execução houve demonstração de espanto, do tipo *“O que? Piolho dá doença?”*. *“Cárie é doença? Que legal”* e frustração por não estar brincando *“Anda rápido que eu também quero jogar.”* Algumas outras considerações: *“Achei baita!”*. *“Dá pra jogar todo dia?”*. *“Quando chegar no final você fica sabida em saúde?”*.

Em reunião pedagógica realizada em 15.06.97 ficou decidido que os educadores, apoiados pela pedagoga, elaborariam mais alguns jogos semelhantes ao nosso englobando outras disciplina.

O levantamento individual foi realizado em um dia de atividades. Foram entregues papelotes com a orientação de que os adolescentes escrevessem suas dúvidas a cerca de assuntos relacionados à saúde, sexualidade e drogas. Este levantamento serviu de base para todas as atividades realizadas posteriormente.

Fizemos então um replanejamento e novo cronograma (apêndice 7) para realização das oficinas que não foi cumprido na sua totalidade, pois o CEC ficou sete dias sem funcionar por dificuldades estruturais. Foi possível realizar as oficinas de Sexualidade, Família e Métodos Anticoncepcionais.

Uma dificuldade muito constante que vínhamos sentindo desde o início do estágio relacionava-se a agressividade dos adolescentes. Sentíamos a

necessidade de aprofundar o assunto a nível teórico e de programarmos atividades que trabalhassem isso nos adolescentes, no sentido de que pudessem expressar seus sentimentos e refletir acerca do comportamento.

Desta forma, durante a revisão bibliográfica procuramos descobrir técnicas e/ou materiais que se prestassem a auxiliar no desenvolvimento dos objetivos que traçamos.

Nas leituras, descobrimos que o uso da ARGILA pode promover a manifestação de processos internos, aproximando as pessoas de seus sentimentos. Segundo Oaklander (1980), a qualidade fluída e sensual da argila muitas vezes oferece as pessoas muito distanciadas do contato com seus sentimentos e que bloqueiam sua expressão, uma ponte entre elas e seus sentidos. A pessoa agressiva pode levar a argila para bater e socar, as zangadas podem descarregar nela sua raiva de numerosas maneiras. Corroborando esta idéia, Sans (1994), diz que o trabalho com argila é o mais vivido de todos os meios de expressão, pois permite ao coordenador de grupo observar o processo do indivíduo, isto é, ver o que se passa através da forma de como ele trabalha. Ela constitui um bom elo de ligação com a expressão verbal, para adolescentes que não falam, e um meio de expressão que se afasta do amontoado de palavras para quem fala em demasia. “A argila ajuda a cultivar e satisfazer a curiosidade em torno do sexo e das partes e funções corporais” (Oaklander, 1980, p. 86). A atividade com argila pode ser solitária ou pode servir também para a socialização.

Frente a esta riqueza de conteúdo, decidimos utilizar a argila para desenvolver alguma atividade relacionada a sexualidade e, ao mesmo tempo, abordar o tema “agressividade”.

Desta forma, como objetivo geral da atividade, propusemos:

Proporcionar ao adolescente momento de expressão de seus

sentimentos de agressividade e de conhecimento de si mesmo.

Abaixo segue o desenrolar do encontro, que foi coordenado por uma das acadêmicas, observado por uma segunda e auxiliado pela terceira.

Relaxamento: “Feche os olhos. Note que com os olhos fechados, as suas mãos e dedos são mais sensíveis a argila, e podem senti-la melhor. Quando os olhos estão abertos, eles podem atrapalhar o seu modo de sentir a argila. Experimente os dois jeitos para verificar se você de vez em quando sentir necessidade de dar uma olhada, tudo bem! Depois feche os olhos de novo. Fique um momento com as mãos sobre o monte de argila. Dê umas respiradas bem profundas. Agora sigam minhas instruções:

Sinta o monte de argila como ele é. Fique amigo dele. Ele é liso? Duro? Mole? Ondulado? Frio? Quente? Molhado? Seco? Agora pegue-o e segure-o. Ele é leve? Pesado? ... Agora coloque de volta e belisque. Use as duas mãos. Belisque devagar... Agora mais depressa... Dê beliscões grandes e pequenos. Faça isso por algum tempo.

Agora aperte a sua argila... Agora alise. Use os dedões, os outros dedos, as palmas das mãos, as costas das mãos. Depois de alisar sinta os lugares que você alisou. Junte tudo formando uma bola. Bata um pouco nela, se ela achatou, junte de novo e dê outro soco. Experimente com a outra mão também. Junte e acaricie. Dê umas palmadinhas. Umas batidas mais fortes. Sinta o lugar mais liso que você fez depois de bater.

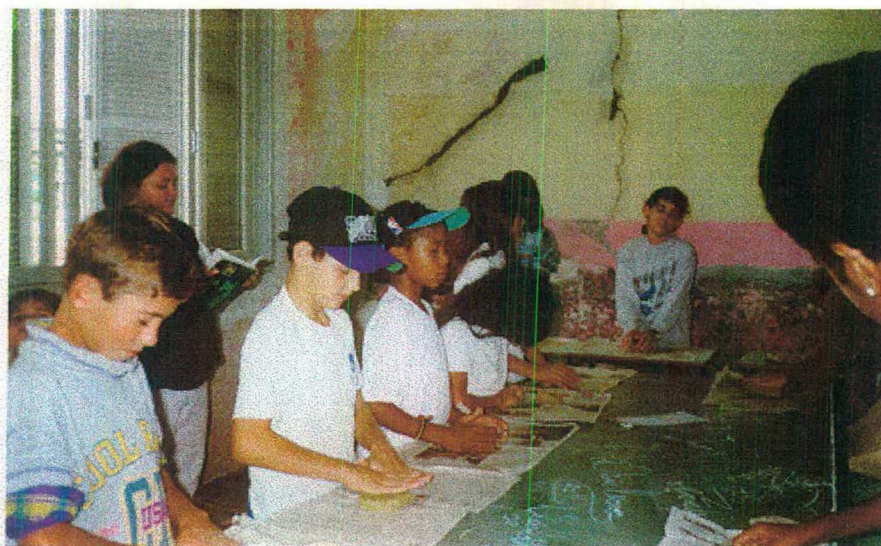
Junte tudo. Parta pedacinhos grandes e pedacinhos pequenos. Junte tudo. Pegue e jogue no jornal. Para isso você vai ter que esperar. Faça outra vez. Com mais força. Faça um barulho forte. Não tenha medo de bater com força.

Agora junte tudo de novo. Faça furinhos com os dedos. Use um dos dedos e cave um pouquinho na argila. Faça um buraco até chegar ao outro lado.

Sinta as paredes dos buracos que você fez. Junte tudo e procure fazer linhas e saliência e buracos com os dedos e as unhas e sinta o que você fez. Experimente as juntas dos dedos, a parte dura da mão perto do pulso, a palma, diferentes partes da mão. Veja o que você consegue fazer. Talvez você queira até mesmo tentar o cotovelos.

Agora destaque um pedaço e faça uma cobra. Ela vai ficando cada vez mais fina e comprida à medida que você continua rolando. Ponha essa cobra em volta da sua outra mão ou em um dedo. Agora pegue um pedaço e role entre as palmas das mãos e faça uma bolinha. Sinta essa bolinha. Agora junte tudo de novo. Fique mais uma vez por um momento com as duas mãos em cima do pedaço de argila. Agora você já o conhece bastante bem.” (Oaklander, 1980, p. 87-88).

Foi complicado para nós realizarmos a oficina. A Maioria dos adolescentes não conseguiam manter os olhos fechados e era difícil para eles não verbalizarem suas sensações e sentimentos durante o trabalho.



Oficina argila

Quando foram dados os comandos “... Pegue e jogue no jornal... Com mais força... Faça um barulho forte...”, houve um barulho ensurdecador e muitos

adolescentes não conseguiam dominar o ímpeto de continuar jogando a argila sobre o jornal.

No terceiro momento, quando foi proposto ao grupo representar-se na argila, muitos continuaram jogando e socando a argila. Outros fizeram figuras estereotipadas. Outros negaram-se a fazer a atividade. Eduardo representou-se, mas, pronto o trabalho, amassou e largou de lado.

O quarto momento, onde cada adolescente falava de si mesmo, foi inviável e a avaliação foi feita individualmente, pois o grupo, mais uma vez, estava inquieto. Ficamos preocupadas, achando que havíamos cometido um grande erro em trabalhar a argila com o grupo. Mais uma vez recorremos à literatura e ao auxílio de profissionais mais capacitados no desenvolvimento desta técnica. Nos foi indicado o livro Grupo de Encontro de Carl Rogers (1989). Retiramos alguns trechos do livro para debate no grupo:

1. “O grupo deve ser aceito exatamente no ponto em que está. Se um grupo está emocionalmente receoso é perigoso tentar empurrá-lo para um nível mais profundo, correndo-se o risco de, a longo prazo, ele não trabalhar”. (p. 56).
2. “A tentativa para compreender o significado exato daquilo que a pessoa está comunicando deve ter importância e ser frequente no comportamento do facilitador, mesmo que a comunicação seja complicada, subjetiva e inerente.” (p. 58).
3. “Avaliar o êxito ou fracasso do grupo pelo dramatismo é um comportamento que não facilita o andamento do grupo.” (p. 72).

Refletindo entre o grupo de acadêmicas e com o pedagogo Francisco Carlos da Veiga, que nos assessorou na prática de dinâmica de grupo, chegou-se

a conclusão de que o grupo tinha dado de si o que podia. O que esperar de adolescentes que vivem a maior parte do tempo aprisionados por uma realidade cruel, sem ter possibilidade de expressão? Eles vão expressar-se e expressar-se da maneira que sabem, do ponto em que se encontram no seu processo vital.

Sem falar de que era inegável o efeito da argila sobre os adolescentes. Durante o trabalho afloraram sentimentos muito autênticos: raiva, rejeição, angústia, descobertas.

“Eu não consigo me fazer!”. “Eu não sou assim feio!”. “Queria beliscar assim a Carol”. “Sou uma flor”. “Me amasse, por que isso é palhaçada! Como é que eu vou me fazer de argila?”. “Dá moleza mexer na argila”.

Patrício (1991) afirma que para compreendermos a adolescência, temos que nos deter na caminhada do adolescente, no seu processo de viver, de conhecer e sentir o mundo. E foi exatamente isso que tentamos fazer quando propusemos este trabalho.

Dando prosseguimento ao cronograma, montamos uma oficina que trouxesse a tona a dinâmica das relações familiares e a posição dos adolescentes neste espaço, suas ações e reações.

Criamos, também, nesta oficina, um momento de estímulo à estima no grupo. O trabalho foi coordenado por uma acadêmica, observado por outra e auxiliada por uma terceira.

A primeira etapa do primeiro momento (escrita do nome) foi desenvolvida com animação. Demoraram a escrever seus nomes pois queriam colorir e enfeitar a tarja de papel. Entretanto, quando o coordenador deu o comando de escrever uma qualidade para o colega, as reações foram as mais variadas: *“Legal”*; *“Tomara que eu pegue uma pessoa que eu gosto”*; *“Não*

quero fazer”. “Vou lá saber a qualidade dos outros”?

Muitos quiseram trocar o papel recebido, pois alegavam não conhecer a outra pessoa.

Todos ficaram muito interessados em descobrir o que os outros escreviam em seus papéis. Juliana disse : *“Se eu tivesse pego ela, eu sabia o que fazer”*. Sua opinião foi reforçada por mais quatro adolescentes.

Durante a leitura Eduardo e Diego não participaram, pois queriam brincar. Maria escreveu para Isabel: *“Ela é chata”*. A educadora rasgou o papel e pediu para que ela escrevesse outro, pois a proposta era escrever uma qualidade e não um defeito. Maria demorou muito a escrever a outra tarja, e mesmo colocando uma qualidade reforçou que Isabel era chata, pois de vez em quando esta a chamava de *macaca*.

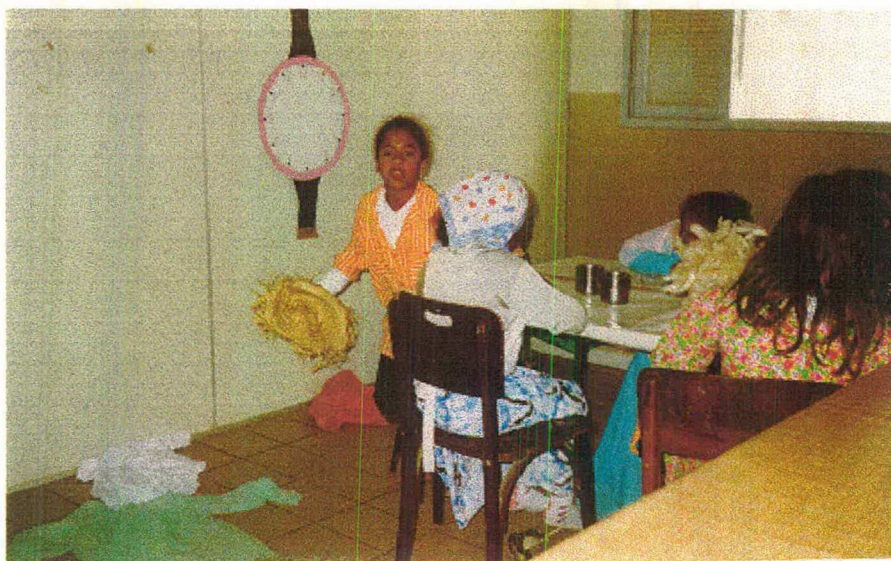
Discutimos o fato ocorrido. Muitos apoiaram Maria dizendo que ela tinha o direito de expressar o que a incomodava no comportamento de Isabel. Por outro lado, também deram a Isabel o direito de defender-se. *“É, mas a gente também tem que dizer se concorda ou não com o que falam da gente”*.

No segundo momento, dividimos o grupo em dois subgrupos. Um dos grupos decidiu que trabalharia com fantoches e o outro com teatro de personagens humanos. Havia animação e a construção do roteiro era permeada de críticas e comparações com a *“vida real”*.

O trabalho foi interrompido para ser concluído no dia seguinte. Entretanto , no dia seguinte, somente um, dos dois grupos, quis continuar o trabalho. O outro decidiu ficar brincando no pátio.

O roteiro foi concluído (anexo 5) e iniciou-se com os ensaios. No quarto momento a peça deveria ser gravada em vídeo, o que estimulou ainda mais o grupo. No dia da gravação, as pessoas do outro grupo queriam montar a peça

para apresentar. Entretanto, houve discussões pois o grupo que trabalhou por três dias sentiu-se prejudicado, já que o outro grupo fez a escolha de ficar brincando nos dias determinados para a construção do roteiro e ensaio das peças. Decidiu-se que não haveria outra peça, pois as regras determinadas no início do trabalho pelo grande grupo não haviam sido respeitadas. Apesar disso, um dos membros do grupo que não iria apresentar escreveu uma pequena peça e entregou a uma das acadêmicas (anexo 5-a).



Teatro



Neste momento do estágio, começamos a perceber o crescimento do

grupo no que se refere à tomada de decisões, e o respeito a essas decisões. Era evidente o amadurecimento de alguns membros que começaram a delinear um espaço e exigir que este fosse respeitado pelos demais.

Da mesma forma, percebemos que o grupo começava a abrir-se para expor e debater situações familiares, até então mantidas no silêncio ou referidas com evasivas.

O grupo chegou a conclusão que a família da peça era ideal. Dos quinze adolescentes do grupo, somente um tem empregada. Oito mães trabalham como diaristas. Duas famílias não tem um dos pais. Treze referem conflito familiar. Dois adolescentes referem presença de diálogo com os pais e irmãos.

Na avaliação da peça, o grupo verbalizou que foi muito importante a “brincadeira de fazer teatro” para que entendessem e discutissem coisas como:

- Divisão do trabalho em casa e fora dela. (Carla)
- A questão patrão e empregado. (Cláudia)
- Quem manda, quem obedece, quem conversa. (Júlia)
- Falta de trabalho. (Carla)
- Os “vagabundos” no morro do Quilombo. (Carol)

A esta altura, o estágio estava quase acabando e precisávamos ainda realizar uma oficina onde pudessem ser discutidos os assuntos levantados em enquête referentes a AIDS, camisinha e outros métodos anticoncepcionais.

Como tínhamos pouco tempo, resolvemos aproveitar os cartazes informativos constituídos por nós e que abordavam estes assuntos.

Realizamos um “circuito” onde foram estabelecidos três estações:

- 1- O que a AIDS tem haver comigo. (Desenvolvido pela acadêmica 1)
- 2- Camisinha. Você sabe o que é? (Desenvolvido pela acadêmica 2)
- 3- Saiba mais sobre os métodos anticoncepcionais (Desenvolvido pela acadêmica 3)

Houve mais interesse dos adolescentes do sexo masculino na estação sobre camisinha. Muitos queriam ficar nesta estação por mais tempo, além do determinado pelo programa. Já as adolescentes do sexo feminino preferiram a estação sobre métodos anticoncepcionais.

A estação sobre a AIDS demonstrou que a maior parte dos adolescentes têm conceitos errôneos ou incompletos a cerca do vírus e da doença. Foi debatido questões como: o que mata o doente de AIDS; diferença entre portador e o doente; “como ser bom com alguém que pode me matar?”; importância do uso da camisinha.

Para desenvolver esta oficina, utilizamos alguns álbuns seriados. Além disso, levamos vários métodos contraceptivos, que os adolescentes manipularam: camisinha, DIU, diafragma, espermicida, pílulas.

Como já havíamos mencionado, paralelamente às oficinas, decidimos reforçar a intervenção em alguns fatos instalados e surgidos na clientela. Optamos por fazer a integração no grupo com jogos dramáticos construídos para desenvolver, entre outras coisas, identidade do “eu” (eu-comigo) , reconhecimento do “eu” (eu e os outros), e reconhecimento do “tu” (eu com o outro e com todos) (Yozo, 1996).

Com base nessa matriz, procuramos trabalhar a sexualidade, auto-estima, auto-imagem, imagem, estima e relações de forma geral.

Nem todos os jogos puderam ser implementados, pois como já foi dita

as atividades no CEC foram suspensas para restauração do prédio.

Os jogos eram aplicados no início da manhã, durante o lanche ou nos intervalos entre as atividades.

Todos os jogos foram retirados do livro “100 jogos para grupos: uma abordagem psicodramática para empresas, escolas e clínicas. (Ronaldo Yudi Killar Yozo, 1996).

A participação dos adolescente foi satisfatória. A resistência continuava a manifestar-se quando tinham que falar sobre o que faziam e como se sentiam fazendo, ou seja, quando era necessário que falassem de si mesmos.

Jogo Dramático I: Auto-Imagem e Auto-estima

Jogo do Novelo

1- Materiais: novelo de barbante.

2- Instruções: As pessoas ficam em pé, distribuídas aleatoriamente na sala, mantendo certa distância entre si.

- a) Inicia-se jogando o novelo para um participante, dizendo seu nome e uma qualidade que possui, após dar uma volta de barbante em seu dedo indicador, o participante joga o novelo para outra pessoa, mantendo o fio esticado.
- b) Quando a segunda pessoa se apresenta, enrola uma volta do novelo em seu dedo e joga-o para uma terceira pessoa, que repete o mesmo processo.
- c) O jogo prossegue até chegar ao último participante.
- d) Depois, no movimento inverso, cada participante apresenta o anterior a ele, dizendo uma qualidade desta pessoa, seguindo até o

final. Aquele que foi o primeiro fala para o último, fechando o grupo.

Este jogo presta-se para aquecimento e apresentação. Trabalha a dor e recebe feed back a partir do momento que a pessoa diz uma qualidade sua e recebe uma do colega.

Compreende jogo para desenvolver a identidade do eu.

Realizado com Sônia, Ana, Raquel, Simone Cláudia, Carol, Francis e Maria, na respectiva sequência no círculo:

NOME	QUALIDADE	
	Percebidas	Recebidas
Sônia	Forte	Joga bem futebol
Ana	Amiga	Simpática
Isabel	Não sabe	Querida
Simone	Alegre	Amiga
Claudia	Inteligente	Simpática
Carol	Simpática e bonita	Inteligente
Francis	Inteligente	Simpática
Maria	Brincalhona	Sincera

Houve, inicialmente resistência ao jogo, mas como estávamos na rua (ao ar livre) o grupo aceitou, com a condição de depois poderem fazer crochê.

No momento de dizer uma qualidade para si mesmo, havia risinhos e em todos os casos houve demora para responder, com exceção de Isabel que disse não saber. Na hora de receber feedback a reação foi a mesma, mas todos conseguiram uma qualidade para o companheiro.

Na avaliação foram estes os comentários.

- Sônia - *Legal. Legal é que eu gostei, só que não conheço muito bem*

as outras.

- Ana - *É legal saber que sou simpática. Não gosto de gente antipática.*
- Isabel - *Não gosto de falar de mim mesma - tenho vergonha.*
- Simone - *Foi bom dizer pra Raquel que ela é minha amiga. Gosto de ser alegre.*
- Claudia - *Legal, mais nada.*
- Carol - *Bom. A gente sabe mais dos outros.*
- Francis - *É uma oportunidade de conhecermos a nós mesmos e de dizermos aos outros coisas boas que achamos deles.*
- Maria - *Besteira.*

Jogo Dramático II: Sexualidade

1. Materiais: não há

2. Instruções:

- a) O grupo em pé, caminha de forma relaxada, mantendo um espaço no centro da sala.
- b) O coordenador ou algum participante dará consignas que envolverão partes do corpo e deverão ser seguidas à risca, com rapidez e prontidão.

Tipos de senhas: *dez mãos, quatro cabeças, seis braços, oito cotovelos, nove pés, etc.*

- c) Após determinado tempo de jogo, explica-se que quem erra, sai.

d) Comentários.

Este jogo pode ser utilizado com várias possibilidades. Presta-se ao aquecimento, sensibilização, percepção de si mesmo e percepção do outro.

Compreende identidade e reconhecimento do eu.

Foi realizado em uma das aulas de educação física. Houve muitos risos e reclamações quando alguém se confundia no comando.

Na avaliação foi geral a empolgação. Quem errou queria repetir o jogo para vencer.

Jogo Dramático III: Auto-Imagem / Auto-estima

1- Materiais: Não há

2- Instruções:

- a) Cada participante pensa em suas características pessoais e escolhe um bicho que o identifique.
- b) Cada um deverá representar, no contexto dramático, as características do bicho escolhido, mostrando-as uma por vez.
- c) Cada elemento do grupo deverá descobrir e dizer qual a característica que lhe é apresentada.
- d) Se acertar o “bicho” deve acentuá-la e, em seguida, mostrará outra característica, passando a adivinhação à pessoa seguinte. Se errar, mantém a mesma característica e passa ao próximo, e assim por diante.
- e) Depois, o grupo procura descobrir qual é o bicho escolhido.

f) No final, cada participante explica o porquê da escolha.

g) Comentários.

Como já foi dito anteriormente, os cartazes foram outro modo de explorarmos as dúvidas expostas pelo grupo.

Eles foram construídos e afixados nas paredes em locais de fáceis visualização.

Nossa proposta era a de construir conceitos pequenos e de fácil assimilação, conceitos que refletissem a vida diária dos adolescentes e esclarecessem suas dúvidas acerca dos assuntos propostos.

Como esperávamos, houve muito interesse dos adolescentes quando afixamos os cartazes. Eles reuniam-se em pequenos grupos e faziam uma leitura em voz alta. Risos e brincadeiras foram inevitáveis.



Apresentação dos cartazes

Procurávamos estar sempre por perto, e quando surgiam dúvidas, discutíamos em grupo. Cada um dava sua contribuição para a resposta.

Algumas colocações dos adolescentes:

- *Que baita!*
- *Assim fica mais fácil de entender.*
- *Eu já sabia de tudo isso.*
- *Então quem tem AIDS pode ficar vivo?*
- *É o homem que coloca, sua burra! Pra não colocar os espermatozoides dentro da mulher e ela não ficar grávida. (referindo-se a camisinha).*
- *Ui! Tem que enfiar isso dentro da gente? (referindo-se a diafragma)*
- *Claro, né! Ou você quer ter filho?*



Apresentando os cartazes

O tema dos cartazes foram aprofundados em uma oficina.

A assessoria externa para algumas das práticas acima descritas, ou para a análise do material nelas obtido, foi feita pelo pedagogo Francisco Carlos da Veiga. Estas práticas eram também discutidas com a supervisora de campo e com a educadora dos adolescentes.

Os dados individuais dos clientes escolhidos para desenvolver o processo de enfermagem eram levantados durante a realização das atividades e trabalhados mais minuciosamente na consulta de enfermagem.

Consideramos este objetivo plenamente cumprido, por entendermos que todas as atividades desenvolvidas durante o período de estágio foram de

encontro as disrritmias de campo humano. As atividades proporcionaram algumas mudanças evidentes no padrão de campo humano e ambiental do adolescente.

Salientamos que consideramos a oficina uma ótima estratégia para fazer a educação em saúde, pois permite, também, a expressão da linguagem não verbal, proporcionando interação sincrônica entre cuidador e cliente.

Apesar de termos ciência de que outras formas de educação e saúde e de, inclusive, termos nos valido delas, na nossa percepção a estratégia da oficina vem de encontro a proposta de operacionalização do sistema conceitual de Rogers.

Outro ponto positivo a ser ressaltado, gira em torno da assessoria externa, buscada com o pedagogo para a avaliação dos resultados das oficinas, o que nos proporcionou o enriquecimento no processo de reflexão-ação.

7.5 - Prestar cuidado individualizado ao adolescente, baseado no referencial de Rogers.

Antes de relatarmos a consulta de enfermagem propriamente dita, faz-se necessário delinear o caminho percorrido para a construção do instrumento da consulta.

Com base no modelo proposto pela enfermeira Alcione Leite da Silva (apêndice 8) em sua tese de mestrado, chegamos a um primeiro modelo.

Construímos, igualmente, um instrumento que nos permitisse observar a interação entre campo humano e campo ambiental durante o período de reconhecimento do campo (objetivo 1) e durante o período de estágio subsequente (apêndice 1).

O instrumento da consulta mostrou-se inadequado pois no momento do

encontro entre cliente e acadêmica, o diálogo não fluía naturalmente, já que existia um roteiro a ser seguido. Sem falar que muitas vezes, deixávamos de aprofundar os fatos realmente importantes para o cliente, na preocupação de não fugir ao instrumento. Nossa proposta de usar a intuição como forma de apreender o sujeito do cliente também ficava prejudicada.

Sentimos que com o modelo construído estávamos, também, fragmentando o cliente, desrespeitando, portanto, a proposta de Rogers.

Mas o que fazer? Por onde começar o nosso instrumento? Enquanto discutíamos estas questões, dávamos continuidade ao estágio. Realizamos, portanto, três consultas com o instrumento.

Resolvemos procurar a enfermeira Doutora Alcione Leite da Silva para que nos orientasse na elaboração de um novo instrumento.

Entre outras coisas, ela reafirmou nossa preocupação sobre a fragmentação que impúnhamos ao cliente utilizando o referido instrumento e orientou-nos a construção de um roteiro baseado no princípio da integridade, explorando dados que mostrassem a interação do cliente consigo mesmo e com seu meio ambiente. Disse-nos para aproveitarmos o conteúdo do instrumento de Coleta de Dados para reconhecimento de campo, já que refletia de forma mais adequada a integralidade do cliente com seu meio.

Passamos, então, a utilizar um roteiro aberto, flexível, que evidenciasse as crenças e valores do adolescente referente:

- As alterações pelas quais está passando no seu ciclo vital
- Ao seu papel no grupo familiar
- À vida
- À comunidade

- Ao conhecimento de si mesmo

Vale salientar que o antigo instrumento não foi totalmente abandonado. Procuramos incorporar as questões lá colocadas, para serem encaixadas em momento oportuno da consulta, mesmo porque entendíamos que os dados propostos permitiam um levantamento minucioso das relações do ser humano consigo mesmo e com seu meio.

As demais consultas (em número de sete) foram realizadas dentro desta proposta. A partir daí foi possível utilizar com muito mais eficácia o diálogo reflexivo que propusemos. Foi possível, também, deixarmos que a intuição nos guiasse para a descoberta de dados disponíveis além do verbal. A percepção destes dados era clara, reta e imediata, sem que para isso necessitássemos racionalizá-los ou intelectualizá-los. É como se pudéssemos entrar em contato com uma sabedoria interior que nos permitia ter acesso a complexa relação do cliente com seu eu e com o ambiente. E este sentido encontrava eco nos clientes, pois estes deixavam-se conhecer. As trocas realizadas a partir daí, eram recíprocas, havendo um profundo envolvimento entre nós e eles.

Procuramos criar um ambiente confortável e não convencional para a realização da consulta. Utilizamos um pequeno tapete com almofadas, espalhadas pelo chão onde sentávamos com o cliente.



Consulta de enfermagem

Temos consciência de que ainda não chegamos ao modelo ideal, lembrando que Rogers não traz uma proposta de operacionalização de seu sistema conceitual, porém, temos clareza que através do segundo modelo conseguimos abstrair e aplicar mais adequadamente os princípios da teoria.

Importante ressaltar que a grande maioria da demanda para consulta de enfermagem foi espontânea, isto é, os adolescentes nos procuravam pedindo para serem consultados, o que vem a confirmar que a clientela interagiu de forma harmônica e sincrônica com a nossa presença no campo de estágio.

Frente ao exposto, consideramos este objetivo totalmente cumprido. A título de exemplo descreveremos a seguir dois processos de enfermagem com a respectiva visita domiciliar, cujo modelo de construção passou por dois modelos distintos. O primeiro, seguindo todos os passos sistematizados detalhadamente mostrou-se de difícil operacionalização, tornando-se “monótono” e “cansativo”. O segundo, adaptado por nós e seguindo a orientação da Enfermeira Doutora Alcione Leite da Silva, foi construído de forma descritiva demonstrando melhor o processo dinâmico de interação enfermeiro cliente.

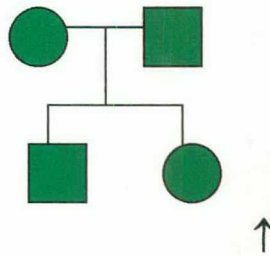
Os demais processos desenvolvidos encontram-se no apêndice 9.

Primeiro modelo

Meu primeiro encontro com Ana

Cliente: Ana

Constelação familiar:



I - 1. Marta, 50 anos

2. Antônio, 45 anos

II- 1. André, 22 anos

2. Ana, 11 anos

Ana procurou-me para realizar a consulta. Por problemas da distribuição das atividades, três das consultas que foram agendadas deixaram de ser realizadas. A adolescente foi insistente, solicitando todos os dias a marcação de uma nova consulta. Finalmente, no dia dezesseis de maio conseguimos iniciar o processo.

Ana mostrava contentamento e ajudou-me a preparar a sala. Arrumou as almofadas e me fez sentar ao seu lado.

Inicialmente perguntou se eu iria fazer alguma coisa que iria doer. Expliquei que tinha o objetivo de conhecê-la melhor e, a partir da, intervir junto com ela se houvesse necessidade.

Pedi para que me falasse um pouco dela. *“Acho que puxei pela minha mãe. Sou faladeira. A professora até reclama na escola que eu não paro*

de falar. É, mas acho que sou simpática, estou sempre sorrindo e brincando.” Falava movimentando as mãos e gesticulando. Olhava pra mim enquanto falava. Perguntei porque sua professora reclamava e ela respondeu-me: “ *É que as vezes eu não consigo ficar quieta, daí ela se incomoda. Mas ela gosta de mim porque sou inteligente e sempre faço os deveres e os trabalhos que ela manda.”*

Estimulei seu comportamento dedicado.

Ela completou seu pensamento: “ *A minha mãe me deixa tempo pra fazer as coisas da escola porque ela não quer que eu seja igual a ela, que eu tenha uma vida tão sofrida.*” Neste momento, a intensidade dos movimentos eram menores e ela não olhava para mim. Pedi, então que me falasse sobre sua família.

*“Eu sou a **princesa** da minha casa. O meu irmão me chama de princesa porque quando eu era pequena parecia uma boneca. A minha mãe me enfeitava bastante. Acho que ele tinha ciúme porque eu sempre tive festa, tive batismo, tenho fotos. E ele não porque o meu pai era mais pobre e não podia pagar.”* Perguntei se era assim ainda hoje. “*Não sei. Acho que não. Ele tem uma namorada que mora lá em casa. Ela é esforçada! Trabalha um monte. Só chega em casa meia noite. O meu irmão é malandro; não gosta de trabalhar e sai sempre dos empregos.*” Indaguei se isso era ruim. “*é ruim. O meu pai não gosta. Brigo com ele. Uma vez o meu irmão chegou de manhãzinha e mal se deitou o meu pai colocou os pés na porta do quarto dele e arrombou. A minha mãe toma remédio pra depressão por causa disso e tem muito medo de ficar sozinha.*”

Pedi para que me explicasse melhor. “*Ela é muito preocupada e trabalha muito no condomínio de faxineira. Ela tem medo de ficar velha e ficar sozinha, só isso!*” Falava isso tudo em voz baixa, com os ombros cruzados. Mexia os pés, batendo ponta com ponta.

Pedi para que me falasse sobre seu pai. “*Ele é legal! Faz tudo o que eu*

*quero. Me chama de **princesa**. De vez em quando ele bebe e fica irritado, quebra coisas e acaba se machucando. A minha mãe fica nervosa quando ele sai pra ir no torneio de dominó porque ele volta tarde e acaba brigando com o André.” Perguntei como era o relacionamento de seu pai com a namorada do irmão. “Ele cuida das namoradas do André como se fossem filhas dele. Ele gosta dela porque ela é trabalhadeira como minha mãe.”*

Pedi para que falasse um pouco mais sobre sua família. *“Acho que não tem mais nada pra falar.”*

Solicitei então que falasse um pouco mais sobre si mesma.

“Eu sou muito ocupada. Chego em casa sempre as 18:00 horas e as quartas tenho catequese até as 19:00. Fui escolhida pra fazer a coroação de Nossa Senhora. As catequistas deram o vestido e minha prima emprestou o sapato. A minha mãe me comprou um arranjo. Não era o que eu queria, mas o que eu queria era muito caro, e não dava pra comprar.” Perguntei como tinha sido para ela participar desta atividade. “Eu gostei. A minha mãe não podia comprar o arranjo. Aí eu fiz manha e ela me deu. Eu sou escorpião e choro até conseguir o que quero.” Pedi para que ela me falasse mais sobre isso. “Ah! Eu esperneio, choro até as pessoas me darem o que eu quero.”

Nesta altura sua postura já era outra. Costas eretas, mexia com os dedos das mãos entrelaçando-os. Dobrava e desdobrava as pernas, inclinava o corpo em minha direção. Perguntei se tinha amigas. *“Tenho cinco amigas e tem a minha prima a Érica, que eu não desgrudo.” Perguntei o que era ser amiga. “Ah! Repartir o lanche. Amigo é pra gente não ficar sozinho. Eu não tenho preconceito. Qualquer pessoa pode ser minha amiga. Só não pode fazer sacanagem.”*

Indaguei se tinha namorado. *“Não, sou calma. Não gosto dessas coisas. Sou muito nova, né!”*

Pedi para que me contasse se estavam acontecendo coisas diferentes no

seu corpo. *“Estou crescendo.”* Encostou-se no armário e abraçou os joelhos. Perguntei se já havia menstruado. *“Não, tenho medo.”* Indaguei o por quê, se afinal, todas as mulheres menstruam. *“Tenho medo que doa, por que na minha mãe dói.”* Perguntei se ela sabia o que era menstruar. *“Mais ou menos.”* Indaguei se sua mãe já havia conversado com ela sobre isso. *“Ela conversa um pouco. Disse que quando eu menstruar vou ser mulher.”*

Expliquei em poucas palavras a ação dos hormônios sobre o corpo e desenhei o útero. Falei sobre a fecundação do óvulo e expliquei que se ela não ocorresse a camada do útero preparada para receber o ovo descamaria dando origem ao sangramento menstrual. A dor se origina das contrações uterinas para eliminar totalmente este sangue e varia de intensidade de mulher para mulher, sendo que, algumas delas não têm dor. As que tem devem procurar orientação de algum profissional da saúde. Ela me olhava em silêncio, desviando os olhos para o desenho que estava no chão.

“Pensei que fosse que nem doença. Eu sempre fui doente. Tenho dor de garganta sempre; minha gripe vai e volta. Esses dias fui ao médico porque tinha fungos.” Pedi para que me dissesse onde tinha fungos. *“Fungos, oras! Minha calcinha tinha corrimento amarelo e tinha cheiro ruim. Sempre que meu pai briga com meu irmão piora.”*

Pedi que me descrevesse o que fez para se tratar. *“Fui em muitos médicos, até aqui no Posto. Não gostei de fazer exame, me machucou. Ele mandou passar uma pomada, mas o tubo de colocar era muito grande e ardia e eu não coloquei.”*

Perguntei sobre o uso de sabonete e toalha de banho em sua casa. Disse-me que tinha sua própria toalha, mas que o sabonete era de uso comum, geralmente LUX. Estimulei a continuar a usar toalha individual e expliquei que sabonetes podem ser uma boa *morada* para microorganismos, além de ser irritante para as mucosas já sensíveis da vulva e canal vaginal. Pedi se ela tinha

condições de comprar sabonete de glicerina pois este é menos agressivo e melhor. Falei sobre a lavagem das calcinhas com sabão de côco, sem deixar de molhar no sabão em pó para não ficar com restos de substâncias irritantes. Ela disse que iria falar para a mãe. Perguntei se tinha alguma dúvida, ou alguma coisa que quisesse perguntar ou falar.

“Ah! Eu não gosto quando falam que estou ficando mocinha. Minhas tias ficam falando dos meus peitos, da minha bunda. Eu odeio!”

Perguntei o que ela faz quando isso acontece. *“As vezes não falo nada, mas as vezes pergunto se elas nunca foram mocinhas. Daí eu calo a boca delas.”*

Indaguei que ela achava sobre estas mudanças. *“ Ah! É legal, vai ter que ser mesmo, né . Tenho um pouco de vergonha de falar nisso.”*

Perguntei se queria falar mais, ao que respondeu que não.

Indaguei a respeito do CEC. *“Eu gosto muito. Estou aqui há três anos, desde a terceira série. Gosto da aula da Irma. Gosto de artes. Quero ser cabeleira. Invento cabelos doidos a noite; faço papelote, trança e depois desmancho porque tenho vergonha de vir para o CEC assim. A minha mãe diz que eu fico cansada se venho pra cá, mas eu gosto e vou continuar vindo. A turma da tarde é que é maluca. Eles desenham maconha. Tenho medo quando eles estão na rua. As drogas são um perigo! A pessoa fica louca depois morre.”*

Perguntei onde ela aprendeu sobre drogas. *“Na escola e com as pessoas. Na televisão também.”*

Neste momento fomos chamadas para o almoço. *“Que pena que terminou. Você me consulta de novo?”* Disse que teríamos nova consulta para discutirmos mais algumas coisas. Marquei visita domiciliar e solicitei na próxima consulta me trouxesse um desenho de sua casa (anexo 6).

Ao término da consulta liguei para o CSII (Centro de Saúde II) do

Itacorubi e expus à técnica de enfermagem a dificuldade de Ana em aplicar a pomada ginecológica e solicitei a possibilidade de conseguir algumas sondas (naso gástrica ou vesical) para aplicação. Disse-me que iria ver. Retornou mais tarde dizendo que seria possível a intervenção. Encaminhei, então a adolescente para ir no dia seguinte ao CSII para aplicação.

Visita Domiciliar - 04.06.97

Cheguei na casa da adolescente as 08:00 horas e sua mãe já estava a minha espera. Recebeu-me na cozinha, desculpando-se de haver louça na pia, pois ela não sentia-se bem desde há noite e, por esse motivo não fez a limpeza necessária para receber-me. Disse para que ficasse despreocupada, pois meu objetivo não era reparar em sua casa, mas conversar sobre Ana e sobre a família de um modo geral.

Neste momento, Ana chegou e entregou-me um desenho sobre sua casa, que havia lhe solicitado na primeira consulta e despediu-se para ir ao colégio fazer pesquisa bibliográfica, já que neste dia o CEC não estava funcionando.

Saindo Ana, dona Marta tomou a iniciativa da conversa. Disse que sempre gostou de professoras interessadas e que sempre conheceu as professoras de seus filhos no primeiro momento, pois tem muito cuidado com quem os deixa, principalmente Ana. *“Graças a Deus eles sempre tiveram professores bons e atenciosos e nunca precisei me preocupar em deixar eles na escola”*. Disse sempre ter gostado do CEC pois a Isabel (antiga coordenadora) sempre foi parceira e compreensiva. Sente pena de não conhecer a nova coordenadora, pois gosta de estar a par de tudo que acontece na vida da filha. Disse-lhe que a nova coordenadora chamava-se Kelly, que é uma pessoa muito acessível e que quisesse eu poderia levá-la até ela para que pudessem se conhecer. Dona Marta

agradeceu dizendo que assim que houvesse tempo ela iria sim a este encontro. Disse ainda que Ana adora as aulas de arte do CEC pois com elas irá aprender fazer coisas para quando ficar velha não ficar resmungando pelos cantos como ela (a mãe).

Aproveitei este momento para esclarecer que eu não era professora do CEC e sim estagiária de enfermagem da UFSC. Expliquei que no nosso trabalho procurávamos conhecer o cliente através de consulta de enfermagem, visita domiciliar e conversa com pessoas conhecidas. Esclareci que nossos clientes eram os adolescentes do CEC e que Ana estava incluída. Perguntou-me com que objetivo faríamos isso tudo. Respondi-lhe que os dados que colhêssemos seriam importantes para descobrir alguma dificuldade ou problema do adolescente e daí agir ou encaminhar para resolvê-la ou amenizá-la.

Disse-me ficar contente com isso pois sabia que não podia fazer tudo sozinha e, realmente, precisava de ajuda. Sabe que na escola sua filha poderá aprender coisas que ela não teve oportunidade de aprender e ser, desta forma, uma mulher independente e menos sofrida. Relatou-me que sofreu muito durante sua vida, trabalhou bastante, continua trabalhando sem perspectivas de melhorar de vida e não quer o mesmo para a filha.. Por isso mesmo não quer exigir que a filha faça serviços de casa, mas sente-se chateada por ela não tomar iniciativa de fazê-los.

Ela quer ser amiga da filha, mas sempre avisa a ela para não “*aprontar*” pois se o fizer nunca mais terá confiança. Apesar disso não se preocupa muito pois sabe que a filha tem “*bom gênio*”, muitas coisas puxou por ela, mas é mais crítica e não se deixa enganar tanto pelos outros como ela o fez até hoje. Disse que já aprontaram muito com ela, que já lhe pisaram e maltrataram muito, embora que de alguns anos pra cá tem mudado um pouco seu comportamento, tendo se tornado mais “*dura de coração*”, apesar de ainda sofrer

como o sofrimento dos outros como se fossem dela própria. Por esse motivo sempre diz para a filha que não deve aceitar que os outros lhe pisem e se o fizerem, que dê o troco na mesma moeda. Conversamos sobre a diferença entre bondade e submissão./ela me disse que *“cada pessoa no mundo tem que lutar pelo que é seu e não pode ser pisado como se fosse um bicho”*.

Indaguei sobre seu trabalho. Disse-me que trabalha de faxineira nos condomínios próximos a sua casa. É um trabalho duro e pesado. Disse que, praticamente um terço de seu salário é gasto com coisas para a filha, *pois “menina sempre precisa de coisinhas de vez em quando”* e ela não se sente com coragem de negar nada para Ana. Nunca depositou INSS e não tem esperança de se aposentar tão cedo. Começou a trabalhar quando engravidou de Ana para ajudar o marido a terminar a casa para que pudessem se mudar antes da filha nascer, já que moravam com a sogra. Disse que nunca teve problemas com patrões pois sempre foi muito honesta e trabalhadeira. Agora, vem se sentindo mais fraca e tem emagrecido muito, fato que atrapalha seu desempenho no trabalho.

Perguntei se existe algum caso de diabetes em sua família, pois esse emagrecimento rápido poderia ser indício (em sua idade) de diabetes tipo II. Ela disse que não e que já havia procurado um médico que lhe encaminhou para exames laboratoriais e lhe explicou que seu remédio para os nervos tinha como efeito colateral o emagrecimento. Indaguei qual era o medicamento e desde quando o utilizava. Respondeu-me que era Fluoxatina e que já o toma desde a morte da cunhada há onze anos atrás (durante sua gestação). De lá pra cá não consegue mais *“controlar os nervos”*, pois é muito preocupada com tudo. Incomoda-se com a casa que com qualquer chuva inunda (a cozinha), preocupa-se com o filho que não quer trabalhar, preocupa-se com o marido que é bravo com ela e com o filho.

Pedi para que me falasse um pouco do filho e do marido. Disse-me que o filho é um bom rapaz, “*não tem vícios*” mas não gosta muito de trabalhar e isso incomoda o pai até as raias da agressão. Resolveu agora “*juntar-se*”, e que a nora é muito boa; trabalha e estuda voltando para casa as 23:00 horas para acordar-se às 06:00 horas da manhã seguinte. “Quem sabe ela não coloque um juízo na cabeça do meu filho”. Ele não quis continuar os estudos e agora está sem muita perspectiva de trabalho.

Relatou-me que o marido é muito trabalhador (ele é mecânico) e não tem “*vida de rua*” com mulheres ou bebida, mas que é um pouco nervoso.

Perguntei como era a relação deles com Ana. Falou-me que Ana é a *princesinha* da casa. Faz gato e sapato do pai, senta-se no seu colo, coça a sua cabeça, lhe dá beijos. O marido nunca levantou a voz para a filha. O irmão também tem muito respeito por Ana. Ela sente muito quando os dois brigam; as vezes fica até doente.

Solicitei que me falasse de sua gravidez. Segundo ela, a gravidez não foi planejada. Ela, inclusive, pensou que não teria mais filhos, pois ficou dez anos sem engravidar, mesmo não utilizando nenhum método contraceptivo. Para ela foi uma surpresa ter descoberto a gestação. Disse que sempre foi muito preocupada e incomodava-se muito por morar com a sogra, ainda mais no Itacorubi que é um bairro que não gosta. Neste período da sua vida, mudou-se para a Trindade onde passou a morar sozinha, pois ela e o marido compraram um terreno e começaram a construir. Diminuiu a preocupação e, sem ela esperar, três meses após a mudança engravidou. Disse que não se importou com o sexo do bebê, mas que preferia uma menina, pois já tinha filho homem e sempre sonhou em ter uma filha. Por causa da gravidez tiveram que modificar até a planta da casa que, originalmente tinha somente dois quartos. Como queriam ver a criança nascer já na casa nova ela começou a trabalhar na faxina para ajudar o marido. Trabalhou

até o oitavo mês e só parou pois teve pré-eclâmpsia provocada pela morte de uma cunhada. Esta morte lhe abalou demais pois além de sua angústia naturalmente exagerada pelo sofrimento dos outros, a cunhada morreu por problemas relacionados à gestação, o que lhe provocou medo. O médico prescreveu-lhe ansiolítico e antidepressivo, que continua tomando até hoje com acompanhamento médico.

Ana nasceu bem, de parto cesariana, pesando 4.100 gramas. Foi amamentada até o oitavo mês. A partir do sexto mês começou a receber sucos e sopas, aceitando bem a nova dieta. A partir de um ano de idade Ana teve muitos problemas de saúde que envolviam pneumonias, bronquites, rinites e o mais frequente, dores de garganta. Segundo dona Marta foram procurados vários médicos, feitos diversos tratamentos, mas Ana continua com os mesmos problemas, que exacerbam-se no inverno. Ela toma antibióticos com frequência, o problema vai embora, mas volta no mês seguinte.

Ana também tem um outro problema desde bebê: corrimentos vaginais provocados, segundo a mãe, por “*inflamação no útero*” e fungos. Para esta situação também procurou diversos médicos. Nos últimos meses todos diziam que este corrimento seria provocado pela aproximação da menarca. Ela não se contentou com este diagnóstico pois o problema não é de hoje, vem desde a primeira infância da menina. Procurou vários médicos até que “*achou*” um que lhe mandou fazer exames (ultrassonografia transvaginal e preventivo) e disse que a menina tinha “*infecção dentro do útero*”. Este médico prescreveu antibióticos e pomadas de uso local. Ana teve problemas na aplicação da pomada, pois o aplicador era grande demais e ela sentia dor na introdução do objeto no canal vaginal. Este problema foi resolvido com o uso de uma sonda indicada por mim quando da consulta de enfermagem com Ana. O problema tem diminuído bastante após este tratamento.

Neste momento questionei a maneira como eram lavadas as roupas íntimas da adolescente. Disse-me que eram deixadas de molho no sabão em pó junto com as roupas íntimas dos demais membros da família. Conversamos sobre a possibilidade de lavar as roupas separadamente com sabão de côco (neutro) para evitar contaminação cruzada e também os efeitos alérgicos e irritantes do sabão em pó na mucosa da vulva e vagina. Conversamos sobre a importância de colocar as roupas para secar ao sol da manhã. Dona Marta perguntou se algum médico havia me ensinado isso, porque um já havia lhe prescrito este procedimento. Expliquei que a enfermagem tem um corpo próprio de conhecimentos, desvinculado do saber médico. Ela, entretanto, insistiu na colocação da orientação médica ao enfermeiro. Conversamos que os enfermeiros também aprendem sobre as doenças e que também podem orientar as pessoas sobre elas. Existem livros específicos de enfermagem, sem falar que também lemos livros médicos para embasar nossa teoria e prática. Uma das diferenças é que o enfermeiro não pode prescrever medicamentos. Disse-me que agora havia entendido, entretanto não me pareceu que ela incorporou a explicação e pensei em explorar este aspecto da nossa conversa em nova visita.

Pedi se poderia conversar com seu esposo e seu filho. Disse-me que os dois haviam saído muito cedo, mas que amanhã (05.06) poderia vir cedo para conversar com eles pois ela avisaria de minha visita.

Levou-me para conhecer a casa. Casa de alvenaria com três quartos amplos, arejados, limpos e organizados. Uma sala e uma copa com as mesmas características. A cozinha e a área de serviço fazem parte da mesma construção, mas em nível mais baixo que o restante da sala. Banheiro muito limpo. Cada membro seca-se com sua própria toalha que são lavadas todas juntas. Reforcei a sugestão de que a toalha de Ana fosse lavada separadamente até que seu problema ginecológico fosse sanado.

Agradei a atenção e o respeito de que fui alvo, me comprometendo em voltar no dia seguinte. Disse que Ana era uma adolescente participativa e que, com certeza teria muitas possibilidades, ainda mais contando com o apoio da família.

Dona Marta é uma mulher de estatura mediana, pele clara, cabelos pretos e lisos na altura dos ombros. Quando fala gesticula muito. As palavras fluem com muita rapidez. Referindo-se ao marido, baixa a voz e olha para os lados como se alguém pudesse escutar seus comentários. Se fala da filha sua voz torna-se suave e lenta, alterando-se entretanto, quando insistia no fato de que a filha deve ser diferente dela. Um fato que marcou nosso encontro foi quando ela me disse é uma mulher que adora a beleza. Tudo que é bonito (por dentro e por fora) lhe deixa sensibilizada. Disse que sente muito não ser uma mulher bela, que Deus poderia tê-la feito mais bonita; se não fez a ela, fez a filha bela e isso lhe bastava, se bem que achava que a filha, agora crescida, já não era tão engraçadinha como quando era bebê.

Visita Domiciliar - 05.06.97

Cheguei na casa de Ana às 07:20 e já estavam me aguardando. Ao chegar fui recebida pela adolescente e sua mãe. O pai e o irmão estavam na mesa de café, visivelmente contrariados. Apresentei-me e expus o objetivo da visita como havia feito na manhã anterior.

Sr. Antônio desculpou-se, pois talvez não pudesse me dar a atenção devida, já que iria trabalhar em poucos minutos.

Pedi, então que ele me falasse um pouco da filha. Disse-me que a filha era a sua *princesinha*. Que trabalhava para lhe dar tudo de bom, apesar de achar que a mulher exagerava na atenção à menina. Foi uma vinda quase inacreditável

que modificou os planos da família, mas que ficou tudo bem após seu nascimento. Quer que a filha estude e trabalhe para ser diferente deles que não tiveram essa possibilidade. Sente que o filho não queira estudar mais, porém ele “já é homem e deve saber o que faz”. Olhou no relógio e levantou-se. Despediu-se de mim, agradecendo a visita e desculpando-se por não poder ficar mais.

Fiquei à mesa com André, que continuava tomando café. Perguntei como se sentia tendo uma irmã tão mais jovem. Disse que nunca teve ciúmes, mas que na época que ela nasceu ficou triste porque não lhe davam mais atenção. Agora já não pensa mais nisso. Ana é, sem dúvida, a *princesa* da casa e ele faz as sua vontades pois acha que ela merece. Também disse que precisava sair, levantou-se e foi em direção ao interior da casa.

Dona Marta ficou me fazendo companhia, desculpando-se pela pressa dos dois. Disse-me que já começou a lavar as roupas de uso pessoal de Ana separadas com sabão neutro. Reforcei o cuidado dizendo que seria importante também que Ana usasse um sabonete neutro para o banho para evitar mais irritação das mucosas da vulva e vagina. Disse-me que a filha realmente sentia ardência quando tomava banho com sabonete comum.

Despedi-me, dizendo que talvez ainda retornasse uma vez mais.

II Consulta de Enfermagem - 05.06.97

Durante as atividades rotineiras do CEC, solicitei a Ana sua disponibilidade para mais um encontro naquele momento. Recebendo resposta afirmativa, sentei-me ao seu lado e conversamos enquanto ela terminava seus deveres escolares.

Perguntei como ela estava se sentindo. Disse-me que estava bem e que tinha melhorado do corrimento pois havia conseguido aplicar a pomada com a sonda. As primeiras aplicações foram feitas pela técnica de enfermagem do CSII

e as outras pela mãe orientada por ela.

Solicitei se poderia conversar um pouco sobre o desenho que havia me entregue no dia anterior, ao que ela consentiu. Disse-lhe que o desenho estava bastante colorido e que havia achado interessante o fato dela ter desenhado as janelas e portas fechadas. Respondeu-me que fez desta forma, mas que não havia se dado conta do fato. Perguntei se isto tem alguma coisa a ver com sua própria casa. Disse-me que talvez tivesse semelhança, pois *“a gente fecha as portas e janelas porque não interessa pra ninguém o que acontece dentro da minha casa”*.

Indaguei que me falasse sobre a luz da janela. *“É a luz do meu quarto”*, disse-me ela.

Ana me perguntou se não havia gostado de seu desenho. Respondi-lhe que tinha gostado e que só estava fazendo estas perguntas para ver se a conhecia melhor através do seu desenho. *“Ah! Bom!”*, responde-me. Continuou, dizendo-me que fez o desenho de régua porque gosta das coisas certinhas, sem erros ou rabiscos. Perguntei-lhe se era assim tudo o que fazia. *“Sim, eu gosto de tudo organizado.”*

A consulta foi interrompida pois a educadora solicitou que a turma fosse lavar as mãos para o almoço.

Processo Vital de Ana - Integralidade

Ana, 11 anos, natural de Florianópolis, segunda filha do casal Antônio e Marta, irmã de André. Reside no bairro Itacorubi em casa de alvenaria com sete peças amplas, arejadas e iluminadas. Possui seu próprio quarto. Mora perto de tias paternas com as quais mantém relação satisfatória.

Sua gestação não foi planejada mas todos aceitaram sua vinda sem muitas dificuldades, apesar da diferença de onze anos do irmão. Pelo motivo da

gravidez modificaram-se os hábitos da mãe que começou a trabalhar para ajudar na construção da casa, cuja planta foi, inclusive modificada para recebê-la com mais conforto.

Ana nasceu de parto cesariana, pesando 4.100 gramas e medindo 47 centímetros. No sexto mês começou a receber sucos e sopas, embora tenha sido amamentada até o oitavo mês.

Seu nascimento provocou reação do irmão que sentiu-se “deixado de lado”, pois todas as atenções voltaram-se para ela.

Com um ano de idade começou a apresentar frequentes crises de pneumonia, bronquite, rinite e dores de garganta, o que provocou sua constante ida a médicos e a ingesta de antibióticos e outros medicamentos. Neste mesmo período foi observado pela mãe, secreção vaginal amarelada nas fraldas. Da mesma forma, foi recorrida a médicos que diagnosticaram, segundo a mãe “*inflamação no útero*”. Este padrão vem se mantendo desde então, sem melhoras significativas.

Desde o nascimento, Ana foi criada com muitos mimos pela família que procurou fazer-lhe todas as vontades. Segundo a mãe, Ana era uma criança muito bonita e por isso mesmo sempre enfeitada e paparicada, sendo referida desde então (e até hoje) com a *princesinha* da família.

Ana entrou na creche meio período com três anos para que a mãe pudesse trabalhar. Adaptou-se aparentemente bem, sendo que a professora foi uma referência positiva para a família. A partir dos quatro anos começou a permanecer período integral na creche. Também adaptou-se sem problemas.

Entrou na escola com sete anos de idade. Nunca reprovou, estando hoje na quinta série. Tem boa relação com a professora e dá muita importância as atividades escolares.

Dos sete aos onze anos não foi mencionado nenhum acontecimento

significativo, com exceção das reincidência das doenças pulmonares e ginecológicas. Com relação a esses fatos, a mãe demonstra ansiedade, buscando através de consulta a diferentes médicos outros diagnósticos.

Participa das atividades da igreja, sendo referência para catequistas e padres.

Frequenta o CEC do Itacorubi desde 1995. Relaciona-se sem atrito com todos, mas exige que respeitem seu espaço. É criativa nas atividades e gosta de pintar. Participa e dá idéias. Opina sobre os assuntos propostos e fala sem dificuldade sobre aspectos objetivos de si mesma, sendo que tem dificuldade em verbalizar a respeito de questões subjetivas de sua vida. É carinhosa e gosta de ser tocada por pessoas que gosta. Nos desenhos usa cores claras. Nestes desenhos costuma ser gráfica e representativa.

Tem boa higiene corporal; tem cabelos sempre limpos e unhas cortadas. Usa roupas limpas e passadas. Tem algumas espinhas na região frontal do rosto.

Durante nossa interação com a adolescente percebemos que apesar da boa auto-estima que demonstra, sente-se frustrada com seu próprio crescimento, pela possibilidade de deixar de ser o centro das atenções em sua família. Nesta perspectiva, sente-se assustada com as mudanças corporais da puberdade e evita falar nelas, assumindo atitude rígida e defensiva frente a pessoas que exploram estas mudanças. Neste sentido, cliente e família tem compreensão insuficiente sobre os conceitos e mudanças normais da puberdade e adolescência.

Percebe-se também que a Ana foi imposta a obrigação da infalibilidade, o que a torna muito rígida consigo mesma e com as pessoas do seu campo ambiental.

Verbaliza constantemente sentimentos contraditórios em relação à mãe. Ao mesmo tempo que orgulha-se de possuir características emocionais

semelhantes à genitora, esforça-se por ser diferente dela. Este fato é reforçado pela própria mãe. Escola, CEC e atividades religiosas tornam-se o objeto de distinção entre as duas. Segundo relato de mãe e filha, a aquisição dos conhecimentos proporcionados por estas instituições irão dar à Ana sorte diferente da sorte da mãe.

Ana alimenta-se pelo menos cinco vezes por dia. As refeições são compostas de alimentos variados, incluindo carnes massas, cereais, tubérculos e folhas. Inclui-se neste cardápio refrigerantes e doces variados. Evacua uma vez ao dia. Urina cerca de seis vezes ao dia, urina amarela clara. Não tem fluxo menstrual. Ingera cerca de seis copos de água por dia e ainda toma café, leite e refrigerante. Dorme em seu próprio quarto cerca de dez horas diárias. Pele corporal e mucosas íntegras. Sinais vitais dentro dos padrões de normalidade para o ciclo vital. Não pratica atividades físicas de rotina. À ausculta pulmonar demonstrou sibilos discretos em ambos os pulmões. Sem tosse ou expectoração.

De modo geral mostrou-se orientada no tempo e espaço, sem alterações no nível de consciência.

Diagnóstico de Enfermagem - Ressonância e Helicidade

1. Campo ambiental contribui pouco na repadronização do processo vital da cliente, pois rejeita, inconscientemente o fato de seu crescimento físico.

Interferência dissonante.

Probabilidade total de evolução do processo vital.

2. Lacuna na aprendizagem referente ao controle das intercorrências ginecológicas.

Interferência pouco dissonante.

Probabilidade total de evolução do processo vital.

3. Padrão de auto-imagem afetado relacionado as mudanças corporais da adolescência.

Interferência pouco dissonante.

Probabilidade total de evolução do processo vital.

4 . Alteração no padrão fisiológico relacionado ao aumento de estresse decorrente de conflito familiar.

Interferência dissonante.

Probabilidade quase total de evolução do processo vital.

5 . Padrão de auto-imagem afetado relacionado à infalibilidade imposta pelas pessoas do campo ambiental.

Interferência dissonante.

Probabilidade total de evolução do processo vital.

6 . Lacuna de aprendizagem com relação as mudanças ocorridas na puberdade.

Interferência pouco dissonante.

Probabilidade total de evolução do processo vital.

7 . Alteração no padrão de sentimento relacionado a figura materna.

Interferência dissonante.

Probabilidade total de evolução do processo vital.

8 . Padrão afetivo e emocional desarmônico relacionado ao aumento de estresse decorrente de conflito familiar.

Interferência dissonante.

Probabilidade quase total de evolução do processo vital.

9 . Alteração no padrão de percepção dolorosa relacionado a história clínica pregressa.

Interferência pouco dissonante.

Probabilidade total de evolução do processo vital.

10 . Alteração no padrão fisiológico relacionado à ingesta frequente de antibióticos.

Interferência dissonante.

Probabilidade quase total de evolução do processo vital.

Plano de Enfermagem

1. Dialogar reflexivamente com cliente e pessoas de seu campo ambiental acerca da puberdade, adolescência e as transformações delas decorrentes. Utilizar também neste diálogo material didático disponível sobre o assunto.

2. Questionar com o cliente seu papel no contexto familiar, no sentido de redimensionar sua auto estima e auto imagem.

3. Questionar com a família o papel do adolescente no contexto familiar, no sentido de redimensionar sua imagem e estima.

4. Refletir com cliente e família as formas de controle das intercorrências ginecológicas: terapêutica medicamentosa, lavagem de roupas íntimas, uso de toalhas individuais, uso de sabonete neutro individual, profilaxia

(exames ginecológicos periódicos).

5. Discutir com o cliente e pessoas do seu campo ambiental acerca das correlações existentes entre as patologias desenvolvidas e o conflito familiar.

6. Dialogar reflexivamente com cliente e família acerca dos motivos reais dos conflitos familiares envolvendo pai-filho-mãe.

7. Dialogar reflexivamente com a cliente acerca de sua história médica pregressa, permitindo que ela exponha os sentimentos e emoções decorrentes desta história.

8. Apoiar a cliente em suas iniciativas.

9. Permitir que cliente e pessoas de seu campo ambiental verbalizem suas angústias e ansiedades relacionadas ao conflito familiar.

10. Estimular a cliente a permanecer nas atividades que lhe são prazerosas.

11. Oportunizar vivências de grupo para abordar os temas que envolvem sexualidade.

Avaliação

Muitos itens prescritos no plano de enfermagem foram implementados (itens 1, 4, 8, 9, 10 e 11) durante os contatos com a cliente e pessoas de seu campo ambiental. Ficou evidente no comportamento da adolescente a

repadronização de seu processo vital no que se refere a estas questões trabalhadas pela reflexão - ação proporcionada na interação com a acadêmica. Nada foi imposto. Procurei discutir os diagnósticos e a própria forma de implementar o cuidado. Procurei também começar com o que era mais fácil e confortável para a cliente e pessoas de seu campo ambiental, para depois entrar nos lugares mais difíceis e desconfortáveis. Entretanto, o término do período de estágio impediu que houvesse uma continuidade no processo.

Segundo Modelo

Princípio da Integralidade

Meu encontro com Fernanda

Meu encontro com Fernanda ocorreu na primeira semana de estágio. Nesta semana não tivemos contato mais íntimo, pois estava conhecendo o campo de estágio e o grupo de adolescentes.

Durante este tempo (2 a 3 semanas), através de oficinas e participação das atividades do CEC, pude observar e conhecer um pouco mais os adolescentes, inclusive Fernanda. Ao iniciar as consultas individuais com alguns adolescentes percebi que Fernanda expressava “*eu não vou, não quero ir*”, negando participar das consultas.

No dia 22 de abril, conversando com a educadora sobre a possibilidade de realizar consulta com algum adolescente, esta propôs que fosse com Fernanda, pois era horário destinado à reforço pedagógico e Fernanda não tinha deveres escolares. Então, a educadora perguntou se ela gostaria de fazer a consulta, Fernanda balançou a cabeça em resposta positiva.

Entramos na sala dos educadores, a qual nos foi cedida pela coordenação para realização das consultas. Colocamos, na sala, um tapete e algumas almofadas para tornar o ambiente mais aconchegante.

Num primeiro momento, apresentei-me a Fernanda, dizendo quem eu era e o que fazia no CEC, bem como, o objetivo desta consulta.

Fernanda é uma menina de 9 anos, pesando aproximadamente 28 Kg e medindo 1,33m. Seus cabelos são pretos, ondulados, de textura grossa, abaixo do ombro com franja. Sua pele é um pouco escura, podendo-se notar áreas, principalmente nos MMII seca e descamativas. Tem olhos castanho-escuros e brilhantes e uma facies com expressão de tristeza.

Fernanda contou-me um pouco de seu processo vital. Disse que mora com os irmãos, sendo que a mãe faleceu e o pai saiu de casa para morar com outra mulher.

Disse que alimenta-se 4 vezes por dia; no café da manhã costuma comer pão, ovo frito e café, almoça no CEC, no lanche (na escola) bolacha com nescau e na janta carne de galinha, arroz e feijão. Refere comer bastante e gosta muito de polenta com leite.

Falou ainda que não tem dificuldades para evacuar, sendo que o faz uma vez por dia. Ingera pouco líquido e gosta muito de suco de morango.

Fernanda não tem lugar fixo para dormir, às vezes dorme no sofá, no chão (em colchão), mas geralmente dorme na cama de casal que era do pai, juntamente com a irmã de 6 anos e o primo de 28 anos. Refere acordar várias vezes durante a noite, porque perde o sono e, também, porque a irmã costuma dar “coices” nela enquanto dorme. Diz também que às vezes tem muita tosse e não consegue dormir.

Fernanda fala que tem bastante catarro, que segundo ela é líquido e de cor amarela.

Ao exame físico pude detectar, através da ausculta pulmonar, presença de ruídos à inspiração e respiração bastante superficial. Os sinais vitais estavam dentro dos parâmetros de normalidade. Apresentava-se lúcida e orientada. Presença de lêndeas na cabeça, secreção ressequida na mucosa nasal e abdomen levemente distendido.

Fernanda não faz atividade física regular, somente participa da disciplina de educação física na escola e no CEC.

Fernanda disse que ainda não menstruou e não sabe o que é isso. Perguntei a ela se as irmãs tinham menstruação. Respondeu que sim. Então perguntei como ela sabia que as irmãs menstruavam se não sabe o que é isso.

Disse que sabia porque elas tem filho, e quando a mulher tem filho ela menstrua.

Com relação a sexualidade, Fernanda não possui conhecimento algum. Disse que não sabe o que é relação sexual, método anticoncepcional e como acontece a gravidez. Perguntei a ela se conhecia camisinha. Respondeu que sim, pois uma vez encontrou uma jogada no banheiro de sua casa.

Neste momento, notei a importância de fornecer maiores informações e esclarecer muitas dúvidas de Fernanda; mas não tinha em mãos qualquer material sobre este assunto, por isso fizemos um acordo de conversar sobre a sexualidade mais detalhadamente num próximo encontro.

Fernanda falou ainda que tem dores de cabeça frequentes. Não sabe dizer como surge esta dor, a causa. Já teve vários sangramentos nasais; num destes foi levada ao médico, onde este diagnosticou que era apenas uma veia nasal que havia estourado. Depois disso teve outros sangramentos mas não retornou ao médico.

Como pude perceber, Fernanda é bastante retraída, mal olha quando fala e não sorri muito, ao tocá-la fez reação contrária retraindo os braços e quando fala encolhe-se toda baixando a cabeça e procurando algo para mexer.

Só fala quando é muito estimulada, porém, junto ao grupo de adolescentes é bastante risonha, fala sem vergonha, mexe com os colegas, muitas vezes provocando brigas e, quando estas acontecem pronuncia “palavrões”, chegando até mesmo a agressão física.

Fernanda não fala muito de si mesma, diz não achar nada e não sentir nada em relação a si própria e que não se acha bonita. Neste momento, tentei ressaltar a ela que a achava muito bonita e inteligente e que ela pensasse um pouco e tentasse ver o que tem de bom em si mesma, o que não gosta e o que poderia mudar. Balançou a cabeça concordando.

Fernanda falou um pouco sobre seus sentimentos em relação a

morte. Disse que sentiu muita tristeza quando sua mãe faleceu, mas que não tem medo da morte.

Falou um pouco também da escola, está na 3ª série, que lá é bom, as professoras são legais e que tem boas notas, apesar das dificuldades em algumas matérias como português e matemática.

Devido o tempo resolvemos encerrar a consulta. Perguntei a Fernanda se havia gostado e se gostaria de conversar outras vezes. Respondeu somente que sim.

No dia 19.05, voltamos a conversar. Fernanda disse que estava bem, mas que as dores de cabeça ainda continuavam. Insisti, perguntando o que ela achava que estava provocando a dor de cabeça e quando esta acontecia. Disse que vem toda a noite, acha que é por causa do barulho do rádio dos irmãos; “eles ligam o rádio bem alto e não dá nem pra dormir”. Falou ainda que a primeira vez que teve esta dor foi aos 6 anos de idade; seu pai e sua irmã estavam numa casa, perto de sua casa, matando um porco; Fernanda foi até lá e quando chegou teve a dor de cabeça e desmaiou. Perguntei a ela se viu o pai matando o porco. Disse que não viu, só escutou. Disse também que não foi levada ao médico, a irmã levou-a para casa.

Questionei à Fernanda como eram as relações familiares. A adolescente relatou um acontecimento ocorrido no dia anterior, onde seu irmão brigou com um “cara” e pediu para que Fernanda pegasse uma faca para ir falar com o “filho da puta”. Disse ainda que há muitas brigas entre os irmãos. Depois que a mãe morreu as brigas aumentaram. Antes os irmãos não batiam em Fernanda, nem na irmã menor, agora eles batem frequentemente; batem com vara, de mão, tapas na orelha e na cara. Falou também, que não pode fazer nada, tem que aguentar.

Perguntei a Fernanda, como havia tomado conhecimento do CEC.

Disse que foi através das amigas do morro que estavam frequentando. Então pediu para a irmã que a colocasse também. Acha o CEC muito legal, porque a educadora é querida, não briga e, é melhor do que ficar em casa fazendo serviço.

Ao final da conversa, retomei com Fernanda a questão da sexualidade; mostrei-lhe o material, lemos juntas e procurei esclarecer as dúvidas referidas pela adolescente com relação a menstruação, relação sexual, aparelho genital feminino e gravidez.

No dia 22/05 conversamos um pouco sobre como Fernanda sentia-se no CEC. Relatou-me que sentia-se bem, gosta de todos os colegas com exceção de Fábio que é meio chato, porque briga o tempo todo com a irmã e com os colegas. Acha ainda que se pudesse mudar alguma coisa no CEC, tiraria Fábio, porque ele é ruim.

Falou de seus sentimentos com relação a sua família, disse que se sente bem com esta, mas acha que poderia haver menos brigas dentro de casa. Perguntei a Fernanda se a ausência dos pais tinha alguma relação com estes acontecimentos. Fernanda falou que acha que tem, porque quando sua mãe era viva e seu pai morava com a família não haviam tantas brigas. Quando a mãe faleceu e o pai saiu de casa, sentiu muita tristeza. Percebi neste momento que os olhos de Fernanda encheram-se de lágrimas. Então disse a ela que se estivesse com vontade de chorar podia fazê-lo, mas Fernanda balançou a cabeça negando.

Perguntei a Fernanda o que ela pensava com relação as acadêmicas de enfermagem. Disse que gosta de todas e que gosta também das atividades que fazemos.

Processo Vital de Fernanda

Fernanda a sétima filha de um casal de meia idade, nasceu em Laranjeira do Sul - PR e reside atualmente em Florianópolis - SC, no bairro

Itacorubi - Morro do Quilombo. Tem 7 irmãos, a mãe faleceu quando tinha 6 anos e o pai saiu de casa para morar com outra mulher, sendo que Fernanda continuou morando com os irmãos.

Antes da mãe morrer Fernanda tinha uma vida diferente, pois não sofria a agressão dos irmãos, sendo que sua mãe não permitia tal atitude. Quando a mãe adoeceu, Fernanda, na medida do possível, cuidava dela e, apesar desta situação em que Fernanda não tinha mais os cuidados e atenção da mãe, tinha seu pai que morava com a família. Depois da morte da mãe, Fernanda além de perde-la, perdeu também seu pai, que saiu de casa. A partir daí, ficou sob os cuidados da irmã mais velha e de seu marido, que a tratou como filha. Porém, a atenção e os cuidados que recebia dos pais não se comparam aos que recebe agora, pois sendo Fernanda mais nova que os demais irmãos (bem como, sua irmã mais nova), tem que submeter-se as condições impostas por estes.

Quando criança, Fernanda teve algumas doenças como, catapora e caxumba e, apresentou vários sangramentos nasais. Após a morte da mãe, passou a sentir dores de cabeça frequentes, principalmente durante a noite.

Fernanda entrou para o CEC com 8 anos, sendo que começou a frequentar por iniciativa própria, pois as colegas do morro já o frequentavam e Fernanda achou que seria bom, principalmente, porque não precisaria ficar em casa fazendo serviços.

Fernanda conta que tem um bom relacionamento com o pai, o qual mora perto de sua casa e desta forma, passa todos os dias em sua casa para vê-los e, fica um bom tempo com a família.

Princípio da Ressonância e Helicidade

Frente a história do processo vital de Fernanda pude perceber que alguns eventos passados exercem forte influência para situações desarmônicas

presentes.

Um destes fatores é a morte da mãe, que parece ter provocado em Fernanda um sentimento de ausência muito forte, e que possivelmente somatizou-se em uma disritmia fisiológica, as dores de cabeça frequentes. Porém, Fernanda em nenhum momento expressou com certeza a causa destas disritmias. Falou de possíveis interferências ambientais que poderiam estar provocando as dores, mas não parecia ter certeza de que eram estas as interferências que iniciaram as disritmias.

Quando perguntei a adolescente quando começou a apresentar dores de cabeça, respondeu-me que foi aos 6 anos de idade. Revendo o processo vital de Fernanda vi que, foi exatamente quando tinha 6 anos que sua mãe faleceu. Por este fato, associei a disritmia fisiológica com a perda de uma pessoa que, possivelmente, tinha uma grande importância na vida de Fernanda.

Esta interferência totalmente dissonante, que é a perda da mãe, não pode ser mudada. Porém, as disritmias fisiológicas e psicológicas ocasionadas por esta perda, são interferências dissonantes e que podem ser trabalhadas juntamente com Fernanda, no sentido de repadronizar o curso rítmico do processo vital da adolescente. Tendo portanto, uma probabilidade quase total de evolução deste processo.

Outro evento passado que também provocou situações desarmônicas na vida de Fernanda foi a ausência do pai no lar, o qual saiu de casa para viver com outra família.

Pelos relatos de Fernanda, pude perceber que a ausência do pai afetou, de certa forma, seu processo vital. Pelo que consegui entender, a adolescente acha que é importante a presença dos pais no lar; até mesmo quando demonstrou isso enchendo os olhos de lágrimas quando tocamos neste assunto.

A ausência do pai é portanto uma interferência pouco dissonante no

processo vital de Fernanda, pois o pai não vive na mesma casa que os filhos, mas mora bem próximo e frequenta sua antiga casa todos os dias. Deste modo, percebo que, o que pode estar havendo é o pai estar isento na participação do processo de crescimento e desenvolvimento de Fernanda.

Fernanda só tem 9 anos e, acredito que tenha muitas dúvidas, inseguranças e medos com relação ao seu crescimento e à vida. Portanto, é normal que sinta falta de alguém mais experiente e próximo, para conversar, expôr seus sentimentos e esclarecer suas dúvidas. E, nesta situação, nada nem ninguém substitui a presença dos pais.

Esta interferência se trabalhada juntamente com a adolescente e o pai, tem probabilidade quase total de evolução do processo vital de Fernanda.

Existem também, alguns eventos presentes que estão ocasionando situações desarmônicas entre campo humano e ambiental. Um destes eventos é a relação entre Fernanda e os irmãos mais velhos.

Devido a ausência dos pais, Fernanda ficou sob os cuidados da irmã mais velha e do marido. Porém, uma relação entre irmãos é bastante diferente de uma relação pai/filho. Os pais sempre compreendem melhor os sentimentos dos filhos, sem falar que são a base da família. Portanto, Fernanda sendo a irmã mais nova, juntamente com a outra irmã de 6 anos, é obrigada a submeter-se às condições impostas pelos irmãos mais velhos, que de certa forma, são a liderança da familiar. Com isso, Fernanda, algumas vezes, sofre agressões verbais e físicas dos irmãos, o que segundo a adolescente, não acontecia antes da ausência dos pais.

Considereei portanto, estas relações desarmônicas, interferências dissonantes, com probabilidade mínima de evolução do processo vital de Fernanda. Suponho que, se a família da adolescente fosse trabalhada não só pela Enfermagem, mas também pelo Serviço Social e Psicológico, poderia até haver

algumas mudanças, porém estas aconteceriam com muito esforço.

Outra disritmia presente no processo vital de Fernanda é o próprio ambiente em que vive. A casa pequena e superlotada, ocasiona relações desarmônicas entre ser humano e campo ambiental.

Algumas disritmias fisiológicas relatadas por Fernanda e detectadas por mim, podem ser consequências desta desarmonia. A falta de higiene do ambiente e das pessoas e a falta de respeito, acredito que esteja favorecendo o aparecimento destas disritmias fisiológicas e psicológicas na adolescente. Como por exemplo, as alterações à nível respiratório (tosses/secreção pulmonar com expectoração/ruídos a inspiração/sangramentos nasais); auto-estima e auto-imagem afetadas e interferências no sono.

Algumas destas disritmias, se consideradas ocasionadas pelo ambiente, são interferências dissonantes, sendo que podem ser trabalhadas com probabilidade quase total de evolução no processo vital da adolescente, como a higiene, auto-imagem, auto-estima e os problemas respiratórios.

Porém, as condições de moradia e em especial o grande número de pessoas que residem com Fernanda, é uma interferência totalmente dissonante, que não depende do trabalho do profissional, mas sim das próprias pessoas que ali residem. No meu entender, a probabilidade de querer obter mudanças frente a este aspecto é nula. Até mesmo, pelas próprias condições financeiras da família.

Outro fator desarmônico no processo vital de Fernanda é a desinformação quanto ao ser adolescente, principalmente com relação a sexualidade. Esta disritmia é uma interferência pouco dissonante, a qual pode ser trabalhada já nas consultas e também juntamente ao grupo de adolescentes, pois a maioria desconhece os aspectos relacionados à adolescência e sexualidade. Esta interferência tem probabilidade quase total de evolução do processo vital de Fernanda, bem como, de outros adolescentes.

Intervenção

As interferências diagnosticadas através de minha relação com Fernanda e da análise de seu processo vital, possuem dissonâncias que teriam que ser trabalhadas, através da construção de metas e objetivos, juntamente com a adolescente que seriam implementadas a longo prazo.

Após a primeira intervenção junto a família da adolescente, procurei contactar com as professoras e acadêmicas de enfermagem da 4ª fase, que estavam fazendo estágio no Centro de Saúde do Itacorubi, sugerindo para que realizassem novas visitas a casa de Fernanda. Estas aceitaram a sugestão e propuseram-se a intervir junto a família da adolescente.

Quanto as disritmias fisiológicas apresentadas por Fernanda, procurei marcar uma consulta no Centro de Saúde com o pediatra, mas ao falar com Fernanda sobre esta possibilidade, disse que não queria e que o pai já havia marcado uma consulta para ela. Tentei convencê-la, mas a adolescente manteve-se resistente, dizendo que não queria e que só iria com o pai, sendo que este já havia marcado a consulta.

Com relação ao desconhecimento de Fernanda quanto a adolescência e sexualidade, procurei já nas consultas intervir, fornecendo material apropriado (aparelho genital feminino, transformações na adolescência, menstruação, gravidez) e esclarecendo as dúvidas que surgiam. Sendo que estes aspectos também foram trabalhados junto com o grupo de adolescentes em oficinas e conversas informais.

Convém ressaltar que, muitas das disritmias encontradas no processo vital de Fernanda, aparecia também em outros adolescentes, dentre estas a auto-estima e auto-imagem afetadas e a agressividade, sendo que estas disritmias foram trabalhadas em oficinas (anexos), jogos e atividades informais.

Avaliação

Diante do exposto, sinto que, mesmo sem interagir junto a família de Fernanda, pude interagir em alguns aspectos individualmente com a adolescente e em conjunto com outros adolescentes.

Para que houvesse mudanças efetivas de repadronização no curso rítmico da relação do cliente com o seu “eu” e com o meio ambiente, necessitaria estabelecer metas e objetivos que seriam implementados mais a longo prazo. Porém, o período de estágio, não proporcionou tempo suficiente para o estabelecimento e implementação destas metas e objetivos.

Segundo a adolescente e à minha percepção, nossa relação se deu, na maioria das vezes, de forma harmoniosa. O que dificultou um pouco nosso relacionamento foi o fato de Fernanda demonstrar muita timidez e tensão durante as conversas. Eu procurava sempre tornar o ambiente harmonioso e conversar de forma descontraída, mas poucas vezes a adolescente conseguiu relaxar e se “soltar” mais verbalmente. Na maioria das vezes, mantinha-se calada e só falava se a estimulasse.

Convém ressaltar que, sempre durante as nossas conversas, questionava Fernanda sobre seu processo vital, procurando fazer com que a adolescente descobrisse o que estaria interferindo neste processo e exteriorizasse estes sentimentos, para que juntas chegássemos as possíveis formas de mudanças. Porém, parecia que Fernanda tinha muita coisa para exteriorizar, mas algo a estava impedindo de fazê-lo. A adolescente muitas vezes percebia que existiam disritmias, as dores de cabeça, as brigas e falta dos pais, mas no meu entender, não as aceitava.

Portanto, frente a estas questões, procurei intervir dentro das minhas possibilidades e dentro das possibilidades de Fernanda.

As intervenções feitas, que foram em relação a adolescência,

sexualidade, auto-estima e auto-imagem, foram sempre sendo avaliadas no decorrer do estágio. Sendo que a questão da adolescência e sexualidade provocou, certamente, mudanças na relação de Fernanda com seu “eu” e com o meio ambiente. Pois, através das conversas que tivemos e do material que lemos, ficou conhecido para a adolescente o que antes era obscuro e complexo e, que possivelmente, a ajudarão no redirecionamento de seu processo vital.

As intervenções feitas com relação a auto-imagem e auto-estima se deram de forma grupal, com todos os adolescentes, através de oficinas e jogos, os quais também foram avaliados no decorrer do estágio e estão mais especificados dentro do objetivo proposto no projeto, referente as atividades educativas para os adolescentes.

Visita Domiciliar

Acrescentou-se a esta visita domiciliar os seguintes objetivos:

- Identificar o local e condições de moradia da adolescente.
- Identificar a família da adolescente.
- Conversar com a irmã responsável pela adolescente sobre o processo vital desta.
- Identificar disritmias que possam estar presentes.
- Identificar como se dá a relação família/adolescente.
- Conversar com a irmã mais velha sobre a possibilidade de acompanhar a adolescente numa consulta ao Centro de Saúde.

Registro da Visita Domiciliar

Fomos recebidas por um homem de nome José, que disse ser o cunhado de Fernanda, casado com sua irmã mais velha.

Perguntamos se a irmã de Fernanda, Maria, estava em casa. Disse que

Maria havia saído e ele voltou mais cedo do trabalho (jardineiro) para cuidar da filha mais nova e da irmã mais nova de Fernanda.

Dissemos a José quem éramos, o que fazíamos no CEC e o objetivo da visita. Perguntei se ele poderia falar um pouco sobre Fernanda.

José disse que Fernanda é uma menina boa, obedece quando pedem para ela fazer alguma coisa e ainda que a considera como uma filha, pois, após a morte da sogra e a ausência do sogro no lar, sendo José casado com a irmã mais velha de Fernanda, ficou o casal responsável pelos irmãos menores.

Disse também que às vezes Fernanda é um pouco teimosa, o que considera normal.

Falei a José que Fernanda apresentou algumas queixas de dores de cabeça frequentes e que mencionou vários sangramentos nasais. José falou que realmente, Fernanda já teve muitos sangramentos nasais e que uma vez ela ficou tão mal que achava que estava morrendo, então levou-a, assustado, ao Centro de Saúde. O médico que consultou Fernanda disse que, havia estourado uma veia do nariz e que ela só havia desmaiado, que não era nada grave.

Perguntei a José se eu poderia marcar uma consulta para Fernanda no pediatra do Centro de Saúde e se teria alguém para levá-la. Disse que podia marcar que a sua mulher a levaria.

Questionei José, se tinha algum conhecimento sobre o CEC. Falou que nunca foi ao CEC, mas acha bom Fernanda frequentá-lo, pois deste modo, não fica sem fazer nada pelo morro.

Observações feitas pela acadêmica

Fernanda mora numa casa de material, pequena, pintada, sem forro e chão de cimento. A casa possui uma sala pequena com um sofá somente; uma cozinha com mesa, pia, fogão à lenha, armário e uma televisão (estilo antigo) e

três (3) quartos que são separados dos outros cômodos por cortinas. Não havia banheiro dentro da casa, mas segundo Fernanda mencionou em uma das consultas o banheiro fica no lado de fora da casa.

A casa estava muito suja, havia restos de alimentos pelo chão e muita sujeira; o lixeiro no canto da cozinha estava aberto e transbordando e encima da mesa da cozinha havia uma mistura de alimentos (dentre estes uma garrafa de cachaça) e sujeira.

As crianças (filha mais nova de José e Maria e a irmã mais nova de Fernanda) estavam sujas e de pés descalços, sendo que a filha de José que, segundo ele tem 3 anos, apresenta um desenvolvimento físico incompatível com sua idade, que é bastante visível pela estatura extremamente pequena.

Ao conversarmos com José, este mantinha-se o tempo todo de cabeça baixa, evitando olhar para a gente; respondia somente o que lhe era perguntado, não fazendo acréscimos e falava muito pouco.

Diante disso, a visita ficou um pouco prejudicada, pelo fato de Maria não estar em casa, pois deste modo, não foi possível conhecer um pouco mais sobre o processo vital de Fernanda, até mesmo, porque José mantinha-se receoso em falar e demonstrava muita timidez.

Porém foi possível identificar o ambiente em que Fernanda vive com a família e, que deixou-me assustada, devido a extrema falta de higiene da casa e das pessoas que ali estavam. Também, a casa é visivelmente pequena para a quantidade de pessoas (9) que ali residem, o que pode estar prejudicando, de certa forma, o desenvolvimento saudável das crianças.

Com esta visita, pude entender o porque do aspecto pouco higiênico de Fernanda, da sua timidez e da sua face entristecida. O ambiente familiar de Fernanda é bastante desarmônico, tornando-se visível pela falta dos pais e pelo provável desinteresse dos irmãos pelo cuidado de Fernanda enquanto ser em

7.7- Refletir e trabalhar os fatos instalados e surgidos no grupo de acadêmicas no decorrer do estágio.

Consideramos o objetivo alcançado, pois apesar das disritmias surgidas no período de estágio, conseguimos alterar o padrão de onda dessas dissonâncias, mantendo o equilíbrio dos campos humano e ambiental.

Conseguimos isso através do diálogo permanente, da prática de dinâmica de grupo com o pedagogo Francisco Carlos da Veiga e da consulta semanalmente a psicoterapeuta floral Maria Lúcia Gonzaga, e também utilizando o espaço das reuniões de orientação para trabalhar as questões do grupo.

Gostaríamos de enfatizar a importância que este objetivo teve na dinâmica de funcionamento do grupo. É inegável que o trabalho em grupo é complicado, pois confronta valores, e conhecimentos distintos que acabam gerando conflitos na busca de um trabalho conjunto. Estes momentos de reflexão proporcionados pelas dinâmicas foram de fundamental importância para a harmonia entre o grupo e o andamento do estágio.

8 - DESCRREVENDO OS RESULTADOS DOS OBJETIVOS NÃO PROPOSTOS E REALIZADOS

8.1 - Interagindo com acadêmicos e professores da quarta unidade curricular do curso de graduação em enfermagem

Apesar de não estar proposto explicitamente no projeto, este foi mais um dos objetivos por nós alcançado.

Esta interação nos possibilitou um intercâmbio no sentido de troca de experiências e possibilidades de trabalho conjunto.

- Encaminhamos três clientes para consulta de enfermagem com as acadêmicas a fim de viabilizarem a realização de exames laboratoriais nestes.
- Agendamos uma coleta do exame colpocitológico, sendo que a adolescente não compareceu no dia e hora marcados para a coleta.

Vale salientar que apesar de não terem sido efetivadas algumas ações planejadas em conjunto com acadêmicas e professoras da 4^a. fase (participação conjunta em oficina), este projeto foi cumprido no sentido do intercâmbio e troca de experiências.

9 - FAZENDO AS CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao término do desenvolvimento deste projeto, gostaríamos de tecer algumas considerações que julgamos importantes.

A busca de um referencial teórico veio confirmar nossa percepção acerca do processo de cuidar. Entendemos que é preciso ir além do biológico. É necessário mobilizar as potencialidades do ser humano, dando a ele a possibilidade de expressar-se e objetivar seus sentimentos no sentido de atingir potenciais cada vez maiores de saúde.

Marta E. Rogers oferece um paradigma no qual os dados obtidos a partir da interação do enfermeiro com o ser humano e seu campo ambiental permite um rastreamento minucioso do processo vital do cliente. Por isso mesmo, as ações de enfermagem determinadas por estes dados permitiram, em alguns aspectos, restabelecer a integração harmônica dos seres humanos com seu campo ambiental.

Em relação a população alvo, a partir dos dados da literatura e da nossa atuação junto ao adolescente, entendemos ser a adolescência período fértil para a promoção à saúde e prevenção de disritmia de campo humano e ambiental. Nesta fase, mais do que nunca, o ser adolescente necessita de parceria terapêutica e não de um profissional que deposite nele informações desvinculadas de seu processo vital. Todas as transformações pelas quais o adolescente passa e, as

crises decorrentes delas, podem ser orientadas para se tornarem suporte de um adulto crítico e saudável.

Por acreditarmos que o ser adolescente necessita de orientações e ações que visem o desenvolvimento de um processo vital saudável, desenvolvemos no decorrer do estágio atividades de educação em saúde, através de oficinas, jogos, consultas individuais e visitas domiciliares.

Através destas atividades e, com base na nossa interação com os adolescentes do CEC, percebemos que a adolescência é realmente uma fase da vida repleta de dúvidas, medos, incertezas e crises, provocadas pelas próprias transformações específicas desta fase. Porém, notamos que existe uma grande diferença entre o adolescente que dispõe de uma boa estrutura familiar com um meio propiciador de um adolescer saudável e, o adolescente que não dispõe destes meios e, convive diariamente com a desestrutura familiar, situação financeira baixa, agressividade, promiscuidade, enfim, um meio pouco propiciador para um desenvolvimento saudável.

Por este fato, tentamos no decorrer do estágio, adequar as nossas propostas e intervenções, contextualizando-as com estes adolescentes, que percebemos, serem extremamente carentes de informação e estarem em constantes crises consigo mesmos e com seu campo ambiental.

Através de um levantamento sobre o que é saúde para esta população, tornou-se visível a ligação que os adolescentes fizeram entre saúde e sobrevivência, conforme descrito anteriormente.

Observamos com isso que, houve uma expressão da dificuldade de se manter a saúde frente a uma realidade tão desestruturada e conflituosa como a que convivem.

O Sistema Conceitual utilizado para implementação deste projeto, tem

como proposta o restabelecimento da integração harmônica dos seres humanos com seu “eu” e campo ambiental. Para isso requer ações que visem mudanças no processo vital do cliente. Frente a esta proposta, achamos que, o curto período de estágio, foi de certa forma, insuficiente para obtermos grandes mudanças diante de tantas interferências desarmônicas. Porém nos esforçamos e conseguimos certamente, provocar algumas mudanças satisfatórias para repadronização do processo vital destes adolescentes.

Ressaltamos que a utilização deste Sistema Conceitual foi para nós um grande desafio. Primeiro pelo fato de ser um novo paradigma ainda inexplorado pela graduação; segundo pelo fato de a teórica não haver proposto uma operacionalização do processo de enfermagem e terceiro, pelo nível de abstração necessária para o entendimento e operacionalização dos conceitos do processo de enfermagem. Sem falar no fato de termos de nos incorporar à dinâmica de mudança do cliente, revendo nossos conceitos, valores e crenças, crescendo com ele.

As metas estabelecidas foram portanto alcançadas e, nos sentimos gratificadas pelos resultados obtidos no processo de cuidar do ser adolescente.

Entendemos portanto que, este projeto viabilizou a visão do adolescente em sua totalidade, através da troca de energia simultânea entre ele e seu meio, fornecendo suporte para facilitar a transição harmônica nesta fase do seu processo evolutivo.

10 - FAZENDO RECOMENDAÇÕES

Ao término de mais este passo na nossa formação profissional, gostaríamos de recomendar:

A Prefeitura Municipal de Florianópolis

- Que dê continuidade ao projeto dos CECs e se empenhe na contratação e incrementação do quadro técnico-administrativo, assim como ampliação do espaço físico para desenvolvimento das atividades.

A coordenação e funcionários do CEC

- Que continuem seu trabalho com dedicação, dinamismo e humanismo.
- Que continuem abertos para receber os estagiários de enfermagem de forma humana, receptiva, integralizada e participativa.
- Que continuem na luta pela ampliação do quadro funcional e pela obtenção de melhor estrutura física na busca contínua pelo preparo e reciclagem profissional.

A Universidade

- Que o CEC seja utilizado como campo de estágio regular no curso de graduação em enfermagem.
- Que garanta a implementação dos projetos de oitava fase em campos onde haja possibilidade de supervisão de forma contínua e sistematizada.

Aos alunos da oitava fase

- Que utilizem-se da dinâmica de grupo para refletir e trabalhar os fatos instalados e surgidos no grupo de acadêmicos no decorrer do estágio, com a finalidade de manter a coesão e harmonia entre seus componentes.

11 - RELATANDO AS PERCEPÇÕES INDIVIDUAIS DAS ACADÊMICAS

11.1 - Cristina

O estágio da 8ª fase foi para mim uma experiência muito importante. No início, ainda na construção do projeto, me senti um pouco insegura com relação a teoria que seria utilizada, porém no decorrer do estágio, procurei ler e estudar mais profundamente o Sistema Conceitual de Rogers e, sem perceber, já estava aplicando-o na prática.

Penso que, estar num campo de estágio sem a presença diária de um professor e, com propostas formuladas por nós mesmas, levou a uma ansiedade e expectativa muito grandes, o que para mim foi um crescimento interior e uma enorme sensação de responsabilidade.

Senti também, com este estágio, a dificuldade de concretizar, de se colocar em prática o que aprendemos durante todo o curso, ou seja, me sinto com uma grande carga teórica que parece, algumas vezes, não adaptar-se a realidade e, isso tornou-se um pouco frustrante para mim.

No entanto, acho que, apesar do curto período de estágio, conseguimos fazer muita coisa. A aceitação positiva que tivemos, por parte dos funcionários, crianças, adolescentes do CEC e famílias, me deu motivação e fez sentir-me importante; propiciando desta forma, um sentimento de prazer e orgulho pela

profissão que iremos exercer.

Acho que este foi um grande passo para o início de um exercício profissional satisfatório e promissor.

11.2 - Francis

Inicialmente, gostaria de resgatar um pouco da história que me levou a conhecer Martha Rogers.

Transcorria o ano de 1995 e as aulas estavam acabando, faltando somente o estágio de Clínica Médica Adulto, para finalizar o semestre letivo. No primeiro dia de estágio, nos deparamos com uma mulher morena, de sorriso muito aberto, parecendo-me ela, imensamente grande, não entendendo de onde vinha tal sensação de “amplidão” que me passava. Estava na frente da então doutoranda enfermeira Alcione Leite da Silva.

O estágio estava exigindo muito de minha intelectualidade e, para minha surpresa, Alcione começou a exigir muito de minha emoção. Ela pedia que escrevêssemos para ela, respostas como: “Quem é você?” “ O que você está fazendo aqui? “ De onde você veio?” “O que estes acontecimentos estão querendo lhe dizer?”; não sendo uma nem duas vezes, que rasguei meus escritos desesperada por não conseguir responder tais questões.

Alcione confrontava minha postura acadêmica, formal e sistemática, com a dor real dos pacientes, e me levava a refletir sobre meu verdadeiro papel neste processo, que passava a ser também meu e não exclusivo do ser humano que vivenciava aquela dor.

Houve um dia em que me deparei com a morte, e ela me fez pegar na mão do paciente e orar com ele. Eu não conseguia compreender de onde vinha

esta postura lúcida, humana e exigente. Ela então me falou de um novo paradigma para a enfermagem: A ciência dos seres humanos unitários, proposto por Martha Rogers. Talvez a Alcione, hoje Doutora em Enfermagem, não saiba exatamente o quanto me fez crescer no curto período em que convivemos, mas gostaria de documentar meus agradecimentos à ela, por ter me mostrado que a “técnica” mais adequada para o cuidado, é o compromisso e a parceria terapêutica.

A partir de tal experiência, tive certeza que minha prática deveria tomar um rumo mais humanizado e na 6ª fase com a disciplina Fundamentação Teórica de Enfermagem, procurei conhecer mais sobre a Teórica em questão, para poder utilizá-la como Sistema Conceitual na 8ª fase, e foi o que fiz, apoiada por Cristina e Ivânia, que partilhavam de minhas crenças.

Inicialmente, foi complicado abstrair a proposta de Rogers, talvez pelo fato de que ainda não havia me desvencilhado (como ainda hoje não consigo totalmente), do velho paradigma cartesiano. Eu não conseguia trabalhar sem ter o controle absoluto de todas as ações. Eu tinha pressa, queria resultados, o barulho me incomodava, a indisciplina dos adolescentes me irritava profundamente. E quando conseguia dar uma ordem ao “meu” trabalho, quando conseguia fazer propostas para os problemas da clientela, estas propostas não resistiam quando postas à prova no campo , em quinze ou vinte minutos de convívio com eles.

Tive de parar de refletir no que queria, enquanto prática, junto ao adolescentes. Entendi que precisava desendurecer meu coração para aprender com eles.

Apesar do sistema conceitual que adotei, dei- me conta que o trabalho não era meu, que o adolescente tinha que ser sujeito de suas próprias transformações e não cliente - objeto - apático.

A partir daí, a interação com os adolescentes foi uma experiência de

crescimento. Toda vez que um deles abria seu coração para mim e compartilhava sua assombrosa sabedoria, geralmente mantida oculta, eu sentia uma profunda reverência. Não cansava de me comover com a profundidade de sentimentos e percepções que expressavam. Percebi que uma forma de sentimentos entravam em ação, quando me movia com eles na redescoberta de seu “eu”, e aí, só aí, consegui abstrair.

Acredito que estou começando a apreender a amplitude e a penetrância do trabalho da enfermagem junto a população. Isto graças a oportunidade de conviver, para conhecer e compreender o indivíduo que está sendo cliente.

Foi igualmente emocionante ver a luta da coordenação e funcionários do CEC para dar vida ao trabalho. É mais que o dinheiro pela sobrevivência que os move. É uma crença profunda no ser humano; é uma crença sagrada na esperança de que a dor sofrida pelos seus pupilos pode ser revertida pela educação. Sinto - me honrada em ter convivido durante o período de estágio com estas pessoas.

Agradeço imensamente à DEUS a oportunidade que tive de poder escolher a enfermagem como profissão, de ter sido guiada por mãos tão amorosas ao encontro da Doutora Alcione. Acho que não preciso mais dizer o quanto o estágio foi rico e proveitoso para mim. Minha emoção basta!

11.3 - Ivânia

O estágio da oitava unidade curricular foi muito gratificante e importante para o meu crescimento pessoal e “profissional”. Foi um desafio que eu e minhas companheiras assumimos e que deu certo. Trabalhar com adolescentes e utilizando um referencial inovador, contextualizador que faz do enfermeiro agente atuante e participante do processo vital do cliente, é viável.

Basta apenas querer.

Senti-me algumas vezes impotente diante de algumas situações, sem, contudo, deixar de ser atuante. Apesar das limitações físicas pelas quais estou passando (minha gravidez), pude concretizar meus objetivos nesta fase.

Senti o carinho e atenção dispensados a mim pelos educadores, coordenação, merendeira e, acima de tudo, pelos adolescentes. A receptividade foi contagiante. Apesar do curto período de estágio tive a possibilidade de aprender a ser enfermeira.

Quero aqui agradecer a todos que contribuíram para a execução e concretização deste projeto assistencial. Tenho a certeza de que a minha prática profissional, a partir daqui, vai estar intimamente ligada a este novo paradigma.

12 - CITANDO A BIBLIOGRAFIA UTILIZADA

- 01 - BECKER, Daniel. O que é adolescência. 6ª. ed. São Paulo, editora Brasiliense, 1989.
- 02 - BONILLA, Alexandre Rocamora. A família do doente: leitura psicológica . Revista Hospitalidade: revista de saúde mental, relações humanas e problemas de marginalização. Ano 53, nº 208, Julho - Set. 1989, p.22-47.19
- 03 - CUNHA Cibelli, BEIRÃO Cristina. BELTRAME, Francis R. COSTA Ivânia da. O processo de enfermagem baseado no modelo homeodinâmico de Martha E Rogers: uma proposta de operacionalização. Trabalho apresentado a disciplina Fundamentação Teórica de Enfermagem.. UFSC, 1996.
- 04 - CUNHA, Cibelli P. et alli. A ciência dos seres humanos unitários. Uma proposta para a prática. Florianópolis UFSC, 1996. Trabalho apresentado à disciplina Fundamentação teórica da Enfermagem. Curso de Graduação em Enfermagem. UFSC, 1996.
- 05 - _____. A operacionalização do modelo homeodinâmico. Fpolis UFSC, 1996. Trabalho apresentado à disciplina Fundamentação teórica da Enfermagem. Curso de Graduação em Enfermagem. UFSC,

1996.

- 06 - DOCZI, G. O poder dos limites. Summus editorial. São Paulo, 1990.
- 07 - ERIKSON, Erik H. Identidade, Juventude e Crise. Porto Alegre, Artes Médicas, 1993.
- 08 - Folheto informativo sobre pediculose. Secretaria de Estado da Saúde. Serviço de Dermatologia Sanitária. Serviço de Educação em saúde. Santa Catarina.
- 09 - Folheto informativo sobre AIDS. Programa de saúde - Série Prevenção. Equipe prevenção. ESGOV. Rio de Janeiro.
- 10- Folheto Informativo sobre Camisinha. Departamento de Saúde Pública. Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher. Ministério da Saúde. Florianópolis. SC.
- 11- Folheto Informativo sobre diafragma. Secretaria de Saúde e Desenvolvimento Social. Departamento de Saúde Pública. Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher. Ministério da Saúde. Florianópolis. SC.
- 12- Folheto Informativo sobre Dispositivo Intra-uterino. Departamento de Saúde Pública. Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher. Ministério da Saúde. Florianópolis. SC.
- 13- Folheto informativo sobre Escabiose. Secretaria de Estado da Saúde. Serviço de Dermatologia Sanitária. Serviço de Educação em Saúde. Santa Catarina.
- 14- Folheto Informativo sobre Método Anticoncepcional Tabela. Departamento de Saúde Pública. Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher.

Ministério da Saúde. Florianópolis. SC.

- 15- Folheto Informativo sobre método anticoncepcional: Temperatura. Departamento de Saúde Pública. Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher. Ministério da Saúde. Florianópolis. SC.
- 16- Folheto Informativo sobre Pílula Anticoncepcional. Departamento de Saúde Pública. Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher. Ministério da Saúde. Florianópolis. SC.
- 17- Fundação Catarinense de Cultura. Escolinha de arte de Florianópolis. Teatro. Florianópolis 1994.
- 18- Fundação vida. Estatuto da criança e do adolescente. Florianópolis, 1993
- 19- FURNISST. Abuso sexual da criança: uma abordagem multidisciplinar. Porto Alegre, 1993.
- 20- GEORGE, Júlia B. Teorias de Enfermagem. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- 21- LACERDA, Leila Duarte. Sexualidade, genitalidade, educação sexual, anticoncepção e gravidez na adolescência. (mimeografado).
- 22- LEAL, Antônio. Fala Maria favela: uma experiência criativa em alfabetização. 10ª. edição. São Paulo: Ed. Ática, 1988.
- 23- LEON,
- 24- MONTEIRO Simone. O que a AIDS tem a ver comigo? Revista Ciência Hospital da criança. Rio de Janeiro. Ano 8, n. 48.. Maio/junho de

1995.

- 25- MONTICELLI, Marisa. Teoria dos Seres Humanos Unitários. Departamento de Enfermagem, UFSC, 1996. (mimeografado)
- 26- MUSSEN. Paul Henry et alu. Desenvolvimento e personalidade da ciência. 4ª edição. São Paulo: Ed. Habra, 1992.
- 27- OAKLANDER, Violet. Descobrendo crianças: a abordagem gestáltica com a criança e adolescentes. 9ª. edição. Summus Editorial. São Paulo, 1980.
- 28- OLIVEIRA, Liliane. Cuidando da mulher na prevenção do câncer ginecológico. Uma experiência na Policlínica de Referência Regional I de Fpolis, Santa Catarina. Fpolis, UFSC, 1996. Trabalho de conclusão de curso de Graduação em Enfermagem. UFSC, 1990.
- 29- PAPALIA, Dione E, OLDS. Solly Wendkos. O mundo da ciência. São Paulo: Mc Graw Hill. 1981.
- 30- RODRIGUES, Regina Furegato. Enfermagem Psiquiátrica, Saúde Mental: prevenção e intervenção. São Paulo: EPU 1996.
- 31- ROGERS, Carl. Grupos de encontro. 5ª. edição. São Paulo: Ed. Martins Fontes., 1986.
- 32- SÁ, Ana Cristina de. A ciência do ser humano unitário de Martha Rogers e sua visão sobre a criatividade na prática de enfermagem. Revista Esc. Enf. USP. V. 28, n. 2, p. 171-6. Agosto de 1994.
- 33- SANS, Paulo de Tarso Cheida. A Criança e o artista. . São Paulo: Papirus editora, 1994.
- 34- SCHIEFFRELBIN, Cibeles et al. Atenção primária de saúde II. Itacorubi

CSII. Fpolis, UFSC, 1995. Trabalho apresentado à disciplina Atenção Primária à saúde do Curso de Graduação em Enfermagem. UFSC, 1995.

- 35- SILVA, Alcione Leite da .Modelo Homeodinâmico: uma abordagem para o processo de cuidar em enfermagem. Revista Gaúcha de Enfermagem. Porto Alegre, V14, nº 1, p. 25 - 33, Janeiro 1993.
- 36- _____. Experenciando o cuidar do cliente com aids, com base no sistema conceitual de Rogers. Fpolis: UFSC, 1990. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Curso de Pós Graduação em Enfermagem, UFSC, 1990.
- 37- _____. O Processo de Cuidar de Clientes com AIDS, subsidiado pelo modelo homeodinâmico. Revista Gaúcha de Enfermagem .Porto Alegre, V14, nº 2, p.73-80, Julho 1993.
- 38- SOUZA, Ronald Pagnoncelli de. Nossos Adolescentes. Porto Alegre, Editora da Universidade, UFRGS, 1987.
- 39- TEODORO M., SILVA D., PAN L. Mediando o despertar da consciência do cidadão adolescente na escola. Fpolis UFSC, 1994. Trabalho de conclusão de curso de graduação em NFR. UFSC, 1994.
- 40- TIBA, Içami. Puberdade e Adolescência: desenvolvimento biopsicosocial. São Paulo: Ágora, 1986.
- 41- _____. Sexo e Adolescência. 5ª. edição. Editora Ática. São Paulo, 1991.
- 42- VERDI, Marta. Visita domiciliar: um método de assistência de enfermagem à família. UFSC. Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Saúde

Pública. Disciplina de Enfermagem na atenção Primária de Saúde. Florianópolis. SC. (mimeografado).

- 43- WHALEY Lucille F., Wong, DONA L. Enfermagem pediátrica: elementos essenciais e intervenção efetiva. 2ª edição. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara 1992.
- 44- YOZO Ronaldo Yudi K. 100 jogos para grupos: uma abordagem psicodramática para empresas, escola e clínicas. 4ª. edição. São Paulo: Ed. Áfora., 1996.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS SOBRE CAMPO DE ESTÁGIO

Instrumento de Coleta de Dados para Reconhecimento do Campo

1. O que observar:

- Como o adolescente é referido.
- Como é a interação coordenação/equipe.
- Como é a interação equipe/equipe.
- Como é a interação equipe/adolescente.
- Como é a interação adolescente/adolescente.

2. Quais crenças e valores da equipe ficam claros no que se refere:

- ao adolescente
- a ele mesmo
- à instituição
- a vida (de um modo geral)
- as relações familiares
- à educação
- a sexualidade
- a nossa presença
- ao tema do trabalho desenvolvido
- à equipe com o qual trabalha

3. Quais crenças e valores do adolescente ficam claros no que se refere:

- as alterações pelas quais está passando
- ao seu papel no grupo familiar
- a família
- a vida (de um modo geral)
- a comunidade
- à instituição escolar
- ao CEC
- a sexualidade
- ao conhecimento de si mesmo
- a nossa presença
- ao tema desenvolvido

4. Quais crenças e valores da família ficam claros no que se refere:

- ao adolescente
- à escola
- ao CEC
- às transformações decorrentes das mudanças sofridas pelos filhos
- adolescentes
- aos papéis familiares definidos
- à comunidade
- a nossa presença
- ao tema desenvolvido

2. Entrevistas:

2.1- Coordenação:

- Quais as características dos adolescentes que frequentam o CEC?
- Qual a interação das famílias junto a instituição?
- Quais os recursos da comunidade disponíveis? E como o CEC usufrui dos mesmos?
- Como o adolescente chega ao CEC?
- Quais os critérios utilizados para o ingresso do adolescente na instituição?
- Qual o encaminhamento dado ao adolescente que frequenta o CEC e apresenta problemas físicos e/ou psicológicos?

2.2 Adolescente:

- Como tomou conhecimento da existência do CEC?
- Por que frequenta o CEC?
- O que você acha do CEC?
- O que você acha dos educadores/coordenação?
- O espaço físico existente é suficiente para realização das atividades?

2.3 Educadores:

- Qual sua opinião a respeito do CEC (espaço físico, recursos disponíveis, clientela)
- Quais as atividades realizadas com o adolescente?
- Como se dá a interação educadores/famílias?

APÊNDICE 2

RELATO DA REUNIÃO PEDAGÓGICA

Reunião Pedagógica do CEC - Itacorubi

realizada em 08/04/97

Participaram desta reunião, a coordenadora, os educadores, a pedagoga e as acadêmicas de enfermagem.

A maioria dos educadores mostraram preocupação com a metodologia de trabalho do CEC. Para eles, está se tornando difícil trabalhar a criança com problemas (de conduta, entre outros) e atingir os objetivos propostos se não há estrutura de profissionais. O CEC, por isso mesmo, acaba virando depósito de crianças e adolescentes. A rede municipal, por sua vez, não conhece a realidade de cada CEC e acaba privilegiando determinados locais em detrimento de outros mais carentes. Sem falar no fato de que a Prefeitura não investe em profissionais. Quem deseja trazer propostas novas de trabalho, deve fazê-lo a nível voluntário, pois a Prefeitura não paga.

Como não existe mais as atividades alternativas que existiam o ano passado (1996) como: o judô, capoeira e teatro, ficou mais difícil de trabalhar. Algumas educadoras sentem-se sem instrumentos para desenvolver as atividades com suas turmas. Elas próprias sentem a necessidade de diversificar as atividades, tornando-as mais interessantes e alternativas. Para estes educadores, a disciplina e o interesse das crianças e adolescentes pelo CEC seriam consequência desta mudança metodológica.

Um termo vastamente usado durante a reunião foi a “disciplina”. Os educadores sentem que a disciplina está “indo por água abaixo”. Na visão dos educadores, os adolescentes comportam-se bem até o momento que podem fazer o que querem. Se é sugerido ou imposto uma atividade começa a briga.

Neste momento inicia-se outro grande problema no CEC; a agressividade das crianças e adolescentes. Os educadores sentem que estes estão trazendo pra dentro da instituição a sua realidade de fora. Além disso, um cobra do outro o

comportamento da rua. Por outro lado, um solidariza-se com comportamento (agressivo) do outro, gerando uma cumplicidade complicada de trabalhar. Falou-se que estes adolescentes tem uma “agressividade nata”, não foi definido, entretanto o que seria este termo. Ainda, em relação ao comportamento, foi discutido o fato de que os adolescentes têm consciência de seus direitos e os utilizam como forma de tyrannizar os educadores. Em nenhum momento ouvimos falar em construir com os adolescentes os conceitos de dever inerentes aos direitos. Levantou-se, então, a idéia de que o CEC formularia “regras” de comportamento a serem seguidas pelos educandos.

Os palavrões são comuns nas relações entre os educandos e, os educadores não sentem-se capacitados para trabalhar com isso.

Os educadores entendem que sua clientela tem uma auto-imagem e uma auto-estima extremamente prejudicadas e sentem falta de um profissional que trabalhe isto, que seja capaz de canalizar as energias negativas desta vivência em energias de construção do ego. Este prejuízo, revela-se na necessidade de chamar atenção, nas brincadeiras realizadas sob as mesas e nos cantos das salas.

Outro problema emergente detectado pelos educadores é o uso de drogas. Um dos garotos assumiu o uso de cola. Outros são indicados pelos próprios colegas como usuários de maconha, embora estes neguem.

Os pais, por sua vez, não entendem o que é CEC. Na percepção deles a estrutura do CEC é de escola. Os educadores e a coordenação sentem necessidade de uma reunião com os pais para esclarecer os objetivos do CEC. Os educadores, entretanto, querem uma reunião participativa, onde se tire dos pais as respostas. Não querem levar nada pronto para os pais.

As educadoras da tarde reclamaram bastante do comportamento de quatro meninos, que segundo elas, há um poder negativo muito grande quando estes adolescentes estão juntos. Surgiu a idéia de diluir o poder concentrado nas turmas, separando as “panelas”. A idéia foi rejeitada pela pedagoga, que tem opinião que é preciso trabalhar o grupo.

APÊNDICE 3

RELATO DA REUNIÃO CEC - ESCOLA

Reunião entre CEC - Colégio Leonor de Barros Acadêmicas de Enfermagem - 15.05.95

Participaram da reunião; Francis (acadêmica de enfermagem), Ana (pedagoga e professora da turma da escola), Fátima (orientadora educacional), Kelly (assistente social, coordenadora do CEC), Cleide (educadora do CEC), Ruvânia (pedagoga do CEC) e Claudete, professora que alfabetizou alguns dos integrantes da turma e com a qual estes possuem forte vínculo afetivo.

A reunião foi motivada pela revolta de alguns adolescentes no que se refere ao comportamento da professora em sala de aula. Estes adolescentes são multirepetentes, agrupados em uma única turma regular. Segundo eles, a professora os chama de “marginais”, “trombadinhas”, “burros”, chegando até a agressão física. Estes mesmos alunos, vangloriam-se de furtar dinheiro e objetos dessa professora e seu momento de “glória” deu-se quando ela, estressada, saiu correndo da sala de aula, chorando, pela dificuldade em manter o “controle” da turma.

A turma quer que volte a antiga professora.

Abaixo segue os principais pontos discutidos nesta reunião, que deu-se das 09:00 às 11:50h.

Ana comenta sobre sua experiência pedagógica em Tubarão, onde existia uma equipe multidisciplinar trabalhando com o método Paulo Freire. Sentiu muita diferença quando veio para Florianópolis, onde no seu entender, não há sequer inclinação para formação de equipe.

Ela acredita que os professores devem sair do convencional, construindo o conhecimento com a criança e o adolescente. Entretanto, na sua prática sente-se desestimulada. Crê que o ensino deve partir da realidade da criança (para ela isso é um chavão!), mas traduzir este “partir da realidade” em sala de aula não é fácil. Um currículo longe do ideal, uma estrutura pragmática, um profissional angustiado pelos salários baixos. Para ela não dá pra deixar sua situação financeira no lado de fora da sala. Neste momento então, seu corpo relaxou, as pernas esticaram-se e os dedos soltaram as bordas da cadeira indo descansar sobre as coxas. O próprio corpo falou sobre seu alívio e talvez sobre seu cansaço de tentar, com todas as forças, manter o domínio sobre uma situação fora de controle para ela.

Ana utilizou o termo pragmático para descrever a estrutura da escola que para ela é fechada e restrita ao convencional no processo ensino-aprendizagem. Segundo o dicionário pragmático significa, relativo a pragmática, costumeiro, habitual, de praxe, prático. Significado este, que vai contra ao

A postura de Cleide, foi bastante diferente de Ana. Postura ereta, porém relaxada. Olhos muito abertos, nos olhos da pessoa com a qual trocava idéias. Voz

firme defendia o ponto de vista de que a realidade do adolescente é um componente forte demais para que ele o esqueça fora da sala de aula. Sua prática no CEC também é assim: procura colocar-se ao lado do adolescente; nem acima (dona do saber), nem abaixo (não se deixa dominar); não tem atitudes paternalistas: constrói com a turma conceitos (e vivências) de cidadania, de direitos, deveres, amizade, futuro. Nunca a vi perder a calma com os educandos. Entretanto, por diversas vezes a vi entrando em choque com outros educadores (inclusive com Ana) quando estes tiravam do adolescente a oportunidade de expressar-se ou defender-se, ou quando estes educadores tentam justificar uma prática agressora ou descomprometida com salário baixo e falta de estrutura, embora entenda que estes fatores influenciam a prática pedagógica.

Em todos os momentos as participações de Kelly foram emocionadas. Chorou quando disse que não se pode deixar de acreditar no ser humano. Esta postura também reflete sua prática. Suas ações são extremamente lúcidas e direcionadas para o crescimento das crianças e adolescentes que estão sob sua responsabilidade. Com a mesma emoção e lucidez trabalha com as limitações impostas pela estrutura política da prefeitura. Busca alternativas, negocia possibilidades. Está sempre disponível e aberta para conversar com educadores, educandos, pais e acadêmicas de enfermagem.

A questão levantada sobre a dependência afetiva dos adolescentes nos leva a pensar na função do grupo. Por que não dividir com o grupo essa afetividade reprimida? Para Carl Rogers (1986) as atitudes positivas do grupo para com seu líder (no caso, o professor) são naturais no processo. Entretanto, esta empatia tende a expandir-se aos demais membros do grupo se o líder não centraliza decisões ou não centrar o grupo nos seus problemas pessoais, já que esta atitude faz com que não fique disponível e nem profundamente consciente dos outros. Se o grupo, for trabalhando, pode estabelecer-se uma sensação crescente de calor humano e confiança, a partir de uma verdade que inclui sentimentos positivos e negativos.

Ainda nesta linha de pensamento, entendemos que o professor é uma referência para o aluno. Tanto positiva (quando se estabelece a comunicação interpessoal e grupal) quanto negativa (quando esta comunicação é falha ou inexistente).

Não concordamos, entretanto, que o professor (ou qualquer outro profissional) faça com que o aluno ande e que torne-se independente. O professor pode sim mediar, facilitar ao seu aluno a aquisição de conhecimentos e vivência de circunstâncias que o tornem apto a fazê-lo. Somente se o aluno quizer ele irá andar; somente se sentir-se seguro irá andar com suas próprias pernas.

Nesta perspectiva, ao contrário da opinião de Fátima, os meios e métodos pedagógicos são importantíssimos para que o professor atinja seus objetivos grupais e educacionais. Desta forma, saber ler torna-se o meio para a formação de

cidadãos críticos, sabedores de seus direitos e cumpridores de seus deveres, e não o fim da alfabetização.

Muito importante a prioridade dada à família nesta reunião. Investir na família é fornecer uma infra estrutura sólida para que crianças e adolescentes movam-se, seguros, em direção ao crescimento.

Implicações de Enfermagem:

- * Explorar o meio ambiente dos adolescentes.
- * Estabelecer relação mais profunda com as pessoas que fazem parte do meio ambiente do adolescente.
- * Detectar as disritmias no meio que afetam cada adolescente em particular.
- * Possibilidade da criação de um grupo multiprofissional para o trabalho com adolescente.
- * Criar espaço onde as dúvidas e dificuldades do professor e educador possam ser sanadas.

Para Cleide, a realidade deve ser levada em conta, mas não justifica postura agressiva frente ao aluno e nem de desestímulo frente a profissão. Para ela, quando se entra na área da educação o profissional sabe o que o espera e mudança de quadro é questão de opção, de postura política e mobilização de classe.

Kelly procura contextualizar o problema em dois aspectos: a escola e a criança.

Contextualizar a escola significa também entender que os professores não tem acompanhamento em sua prática; não tem horário para planejamento; não tem momento de atendimento individual com o aluno. Contextualizar a criança significa vê-los também como multirepetentes. Mas é necessário entendê-los como seres humanos que tem uma vivência do fracasso: fracasso como pessoas, como filhos, como alunos. Portanto, é preciso, acima de qualquer coisa valorizá-los. não se pode deixar de acreditar neles, em suas potencialidades. Atendê-los em suas dificuldades e estimulá-los em suas potencialidades é função do professor sim. O professor tem que ser uma referência para o o aluno. Dentro deste contexto Claudete entende (apoiada por Kelly e Francis) que a escola é a última alternativa para muitos destes adolescentes, cuja estrutura familiar está seriamente comprometida pelo alcoolismo, drogas, violência, descaso.

Claudete coloca que é realmente difícil e complicado fazer a ponte entre teoria e prática. Mas, isto é um desafio para quem é comprometido. O professor vai se chocar com muitas dificuldades, entre elas o excessivo apego ao professor, desencadeado pela falta de afetividade em casa. Neste sentido, são dois trabalhos:

fazer os adolescentes andarem e paralelamente torná-los independentes, capazes de gerarem seus conhecimentos na vida diária.

Fátima afirma que a orientação educacional da escola não se preocupa com o meio utilizado pelo professor para atingir os objetivos propostos para a turma. O importante é chegar ao final do ano e a criança saber, pelo menos ler. Ela gostaria de implantar na escola a recuperação paralela, onde os alunos teriam revisão de conteúdos a cada semana. Entretanto, não há respaldo por parte da direção que não abre espaço para estas atividades.

Na busca de alternativas para que CEC e Escola façam trabalho conjunto surgiu a questão: o que é possível fazer pelo adolescente dentro de todas estas limitações?

Em consenso a prioridade foi para o trabalho com as famílias. Embora os professores reconheçam que a comunidade é bastante primitiva no que se refere às mudanças, tem havido na reunião de pais a frequência de quase 70%, principalmente nas famílias cujos filhos frequentam de 1ª a 4ª série. A orientadora entende que este grande fluxo está relacionado ao grupo de sexualidade implantado no colégio. Os pais sentem-se preocupados com os conteúdos repassados. Eles só se tranquilizaram quando a orientadora explicou o trabalho, pois ela trabalha há mais de 20 anos no colégio, tendo criado um vínculo importante com a comunidade.

Cogitou-se um encontro quinzenal entre CEC e escola para operacionalizar-se a parceria.

Pelos problemas ocorridos, Ana irá sair de sala e ficar como apoio para os professores, fornecendo material pedagógico e estudando alternativas para uma prática mais vinculada à realidade da clientela.

Durante a reunião foram repassadas informações sobre alguns adolescentes, que constarão no processo de enfermagem individual.

APÊNDICE 4

PLANEJAMENTO DA VISITA DOMICILIAR

Planejamento da Visita Domiciliar

1- Objetivos

- Avaliar campo ambiental do cliente;
- Favorecer a interação entre cuidador e o campo ambiental do cliente;
Observar a interação cliente -campo ambiental.

2- Apresentação

Quem somos.

O que fazemos.

Porque viemos.

3- Observações

- Relações familiares.
- Papel do adolescente na família
- Condições ambientais

4- Questionamento

1. História de vida do adolescente.
2. Hábitos familiares.

5- Expectativas do Cliente

6- Avaliação

Obs: O roteiro da visita foi adaptado conforme a necessidade cada cliente. Os relatos das visitas estão incluídos nos processos de enfermagem.

APÊNDICE 5

ROTEIROS DAS OFICINAS

Oficina 1

Introduzindo o Tema Saúde

1º Momento - EU E MEU ESPAÇO

Dispor todos os integrantes em pequenos círculos de papel (seu espaço). Fazer um pequeno relaxamento, que incentive os adolescentes a perceberem seu espaço.

2º Momento - EU ME REPRESENTANDO ATRAVÉS DA SUCATA.

Solicitar que cada adolescente vá ao monte de sucata e escolha um objeto que o represente. Reforçar que esta escolha deve ser bem pensada pois o objeto representará até o final da atividade. Os adolescentes retornam ao seu espaço.

3º Momento - EU CONSTRUINDO MEU CAMINHO

Deixar à disposição próximo aos círculos, jornal e papéis coloridos, com os quais os adolescentes deverão construir um caminho, que vai do seu círculo até o pano colorido central (o CEC). O desafio é que cada caminho deverá ser diferente do outro (cada um chega ao CEC com seus valores, por meios diferentes).

4º Momento - EU NO GRUPO

Após construir seu caminho, cada adolescente deverá percorrê-lo, com sua sucata, até o pano colorido no centro. Lá chegando, o desafio é construir uma “obra” a partir de cada sucata individual; a mesma deverá ficar em pé por, pelo menos um minuto.

5º Momento - EU E AS ACADÊMICAS

A atenção dos adolescentes deverá ser direcionada para a caixa de papelão. A caixa deverá ser colorida, com aberturas, diferente, pois ela representará o grupo de acadêmicas. A caixa deverá estar fechada. Os adolescentes deverão abri-la sem rasgá-la. Deixar que eles brinquem com a caixa, que a explorem, que a descubram.

O conteúdo a ser trazido pelas acadêmicas deveria estar dentro da caixa de papelão em outra pequena caixa, igualmente fechada. Resolvemos utilizar o tema que a educadora

começaria a desenvolver com o grupo na semana que iniciou, para refletirmos com os adolescentes a função da enfermagem no campo de estágio, assim, concluímos a oficina.

6º Momento - EU E A SAÚDE

Haverá uma pequena caixa, dentro da caixa de papelão, onde estará um quebra-cabeça sobre o “Dia da Saúde”. O quebra-cabeça deverá ser montado pelo grupo, e após a educadora introduzirá o tema “saúde” com uma explosão de idéias.

7º Momento - CONCEITUANDO A SAÚDE

O quebra-cabeça terá espaços onde os adolescentes colocarão as idéias surgidas, em termos de conceito.

8º Momento - RESGATANDO O TRABALHO

Toda oficina deverá ser questionada com os adolescentes, no sentido de saber o que representou para eles cada momento, em confronto com os objetivos delimitados pelas acadêmicas. Segue-se a avaliação.

9º Momento - CRIANDO O ESPAÇO DA ENFERMAGEM

Com o material produzido, os adolescentes deverão criar um espaço para a enfermagem. Nesta oficina utilizamos:

- Sucata
- Caixa de geladeira
- Círculos de papel
- Jornal
- Papel colorido
- Tinta guache

Oficina 2

Dando Nome ao Grupo

Primeiro Momento:

Relaxamento

Segundo momento:

Em quadro negro, cada integrante do grupo deverá desenhar uma flecha com direção e sentido. Sobre a flecha deve ser escrito o nome correspondente a quem desenhou a flecha. O coordenador deve solicitar que todos decorem seu lugar no quadro e os nomes devem ser apagados.

Terceiro momento:

O coordenador deve lançar o desafio de cada um colocar seu nome na sua flecha. O coordenador inicia colocando seu nome em outra flecha qualquer e pede para que o grupo continue. Haverá dificuldades, pois um dos integrantes ficará sem o lugar que foi ocupado pelo coordenador.

Quarto momento:

Questionamentos: Por que não é possível colocar os nomes corretamente? Por que não posso colocar meu nome em outra flecha? Em algum momento de suas vidas já passaram por situações semelhantes a esta, de terem invadido seu espaço?

Quinto momento:

Transcrever o desenho do quadro para o pano com tintas.

Sexto momento:

Criar o nome para o grupo.

Sétimo momento:

Resgate com os adolescentes referente as suas opiniões sobre a oficina.

Oficina 3

Buscando o Auto-conhecimento

Objetivos Gerais:

1. Proporcionar ao adolescente momento de auto-conhecimento.
2. Despertar no adolescente o significado das suas relações (com ele mesmo e com seu meio).

Objetivos Específicos:

1. Proporcionar momento de entrosamento e relaxamento do grupo.
2. Permitir ao adolescente que expresse com o corpo sua forma de enfrentar as forças exteriores.
3. Ser capaz de compartilhar com o grupo o espaço limitado do papel oferecido para o desenho do corpo.
4. Desenhar seu corpo no papel craft.
5. Recortar e colar figuras que representem o cotidiano e as perspectivas de futuro do adolescente.
6. Possibilitar ao adolescente momento que possa falar de si mesmo, seu corpo, seus sonhos, suas relações.
7. Ampliar a consciência sobre o ponto que cada adolescente encontra-se em sua vida, possibilitando que sintetize a vivência do encontro em uma palavra.
8. Ampliar a consciência sobre o ponto em que o grupo se encontra (enquanto grupo) possibilitando que sintetize a vivência do encontro em uma palavra ou frase.

Material que será utilizado na oficina:

- Papel pardo
- Sucata
- Tintas guache
- Cola
- Tesouras
- Giz de cera

- Canetas hidrocor
- Revistas
- Fita adesiva
- Gravador
- Máquina fotográfica

Tempo previsto: 1h 15min

Coordenadora: acadêmica 1

Observação: acadêmica 2

Participação na oficina: acadêmica 3

1º momento - Introduzindo o trabalho.

Relaxamento:

Objetivo: O lugar da criança em seu mundo e como ela enfrenta as forças exteriores.

2º momento - Eu e meu corpo

Em duplas, fazer o contorno do corpo. Todos os adolescentes devem “caber” na folha do chão.

Pedir para que cada adolescente se desenhe no seu contorno. Oferecer guache, cola, tesoura, sucata, giz de cera, canetas hidrocor.

3º momento - Eu e minhas relações

Oferecer revistas, solicitando que cada adolescente recorte coisas que fazem parte de sua vida, de seu cotidiano e colar no corpo.

4º momento - Eu e meus sonhos

Com as revistas recortar ou desenhar coisas que façam parte de seus sonhos, de suas perspectivas.

5º momento - Quem sou eu?

Cada adolescente fala de si mesmo, baseado no que foi construído.

Pedir para que cada adolescente escreva em seu desenho uma frase que o represente e fala sobre ela.

6º momento - Avaliando o encontro e integrando o grupo

Através de diálogo, avaliar o encontro.

Questões a serem levantadas:

- Gostou do encontro?
- O que mais gostou?
- O que não gostou?

Com base nesta avaliação, pedir para que o grupo escreva uma palavra ou frase que defina o encontro.

7º momento - Encerrando

Em círculo, ombros encostados. Esticar os braços e pernas até o ponto máximo. Respirar fundo e gritar “Rá”, jogando os braços e o tronco para baixo. Este é um exercício utilizado para relaxar e aliviar tensões.

Oficina 5

Família

- O que não gostou?

Primeiro momento

Cada participante recebe um pequeno papel retangular onde deverá escrever seu nome. O coordenador recolhe os papéis e redistribui com condição de que nenhum adolescente fique com seu próprio nome. Neste papel cada adolescente deverá escrever alguma qualidade da pessoa cujo nome nele estiver escrito. Os papéis são novamente redistribuídos aos seus devidos donos. As mensagens são lidas. Pergunta-se se a pessoa concorda com a qualidade dada a ela. (anexo 9).

Segundo momento

O grupo é dividido em subgrupos. Cada subgrupo deverá criar uma pequena peça abordando uma cena familiar. O esquete deverá ter um roteiro escrito com a fala de cada personagem e deverá durar no máximo 5 minutos.

Terceiro momento

O subgrupo recebe sucata e deverá montar fantoches e cenário para a peça.

Quarto momento

Ensaio das peças

Quinto momento

Apresentação das peças

Sexto momento

Avaliação:

- O que significou a peça para cada integrante?
- Tem alguma semelhança com sua própria vida?
- O que mais gostou?

APÊNDICE 6

JOGO DA SAÚDE

O Jogo da Saúde

Elaborado pelas acadêmicas de Enfermagem

Este jogo compõe-se de três blocos de cartões: de pergunta, de resposta e de tarefa que o jogador deve cumprir se acertar a resposta ou não. Possui também um dado, seis peças e um tabuleiro. Pode ser jogado de 2 a 6 pessoas, e aborda temas sobre: Nutrição, higiene, pediculose, escabiose, doenças sexualmente transmissíveis, AIDS, adolescência (menstruação, crescimento e desenvolvimento, mudanças, entre outros), sexualidade, acidentes que podem ocorrer na infância e perguntas sobre o estatuto da criança e do adolescente.

No tabuleiro constam os números das perguntas, se o jogador cair numa casa com um número, terá que responder a pergunta referente a este número. O jogador responde a pergunta, em seguida é lido a resposta e este tira outro cartão que lhe informará o que deverá fazer se acertou ou não a resposta.

A seguir, mostraremos as perguntas que foram elaboradas, referentes a cada tema.

Nutrição:

Os alimentos são muito importantes para o homem porque:

- a) Ajudam no crescimento, protegem o corpo de doenças, dão força e energia e permitem o nascimento de crianças saudáveis.
- b) Diminui o peso, o crescimento e provoca doenças.
- c) Causa diarreia, desidratação, desnutrição e diminui a inteligência.

R: *Os alimentos são importantes para o homem porque ajudam no crescimento, protegem o corpo de doenças, dão força e energia e permitem o nascimento de crianças saudáveis. Além disso, aumentam a inteligência por*

fornecerem nutrientes ao cérebro. A falta de nutrientes em quantidades necessárias, pode levar a desnutrição e em casos mais graves a morte.

A vitamina A tem uma das funções de:

- a) Acelerar o crescimento e produzir energia para a condução do impulso nervoso que vai ao cérebro e dá o sentido da visão.
- b) Diminuir a concentração e retirar energia do corpo.
- c) Enfraquecer os ossos, músculos e a visão

R: *A vitamina A tem a principal função de acelerar o crescimento e produzir energia para a condução do impulso nervoso que vai ao cérebro e dá o sentido da visão. Esta vitamina possui muitas outras funções para o organismo humano e é muito importante para a saúde, assim como todas as vitaminas.*

Para ter uma boa alimentação todas as pessoas devem:

- a) Beber bastante refrigerante.
- b) Comer verduras, legumes cozidos, beber sucos naturais de frutas e tomar leite e água fervidos.
- c) Comer balas, pirulitos, chicletes e chocolate.

R: *Para ter uma boa alimentação, devemos comer alimentos que sejam ricos em todos os nutrientes necessários para o organismo como, verduras, legumes cozidos, sucos naturais de frutas, leite, entre outros alimentos que ajudam no crescimento, bem-estar, que dão energia como arroz, feijão, carne, macarrão. Também, devemos tomar bastante água, pois as células do nosso corpo não sobrevivem sem a água, porém devemos ter o cuidado de ferver ou filtrar a água que tomamos, pois a água da torneira pode apresentar vários tipos de germes e bactérias que provocam muitas doenças.*

Quais destes alimentos são ricos em vitamina A?

- a) Frutas cítricas e verduras.
- b) Feijão, carne e fígado.
- c) Ovos, leite, cenoura, tomate, espinafre.

R: *Alguns dos alimentos ricos em vitamina A são: ovos, leite, cenoura, tomate e espinafre. Existem também muitos outros alimentos que contém esta vitamina e que também são muito importantes para o ser humano.*

Higiene:

Para termos bons hábitos de higiene é necessário:

- a) Deixar as unhas compridas e sujas e não lavar os cabelos.
- b) Não tomar banho, não escovar os dentes e andar de pés descalços.
- c) Tomar banho todos os dias, lavar as mãos antes das refeições, escovar os dentes ao levantar, ao deitar e depois das refeições, cuidar das unhas e dos cabelos.

R: *Para termos bons hábitos de higiene devemos tomar banho todos os dias, lavar as mãos antes das refeições e após usarmos o vaso sanitário, escovar os dentes ao levantar, ao deitar e depois das refeições, cortar as unhas e deixá-las sempre limpas e lavar e pentear os cabelos diariamente. Pois sabemos que cabelos sujos atraem piolhos, unhas sujas podem transmitir muitas doenças, quando não tomamos banho além de ficarmos com mau cheiro, também podemos atrair doenças e quando não cuidamos dos dentes ficamos cheios de cáries.*

O que podemos fazer para mantermos nossos dentes sempre limpos, fortes e bonitos?

- a) Escová-los após cada refeição, ao dormir e ao acordar.
- b) Comer bastante doces, refrigerantes e balas.
- c) Não escovar os dentes.

R: *Para mantermos nossos dentes sempre limpos, fortes e bonitos, devemos escová-los sempre após cada refeição, ao dormir e ao acordar. Também devemos evitar de comer muitos doces, pois estes são os alimentos preferidos pelas bactérias causadoras da cárie.*

Quais os alimentos que fazem mal para os dentes e provocam cáries?

- a) Frutas, verduras, ovos, aves e peixe.
- b) Todos os alimentos que contém muito açúcar como refrigerantes, chicletes e doces.
- c) Leite, cenoura, folhas verdes, maçã.

R: *Os alimentos que mais fazem mal para os dentes são aqueles que contém muito açúcar como refrigerantes, chicletes, chocolates, balas, bolos e outros doces. Porém convém entendermos que sempre após qualquer tipo de refeição é necessário escovar os dentes, pois se os alimentos ficarem muito tempo em contato com os dentes e gengiva podem provocar o surgimento das cáries.*

Pediculose e Escabiose:

O piolho é um parasita externo que infesta o ser humano, principalmente as crianças. Como o piolho é transmitido?

- a) Através de alimentos e água contaminados.

b) De pessoa para pessoa, usando objetos (pente, escova, boné, lenços de cabeça...) de pessoas que tenham piolho e dormindo na mesma cama de pessoa que tenha piolho.

c) Através da má alimentação.

R: *O piolho é transmitido de pessoa para pessoa, usando objetos (pente, escova, boné, lenços de cabeça...) de pessoas que tenham piolho e dormindo na mesma cama de pessoa que tenha piolho.*

O que é lêndea?

a) É o ovo do piolho que se fixa no cabelo e é reconhecida por sua cor esbranquiçada.

b) É uma bactéria adquirida através do contato com pessoas que tem piolho e que causa feridas e coceira pelo corpo.

c) É um vírus que se adquire através de alimentos e água.

R: *A lêndea é o ovo do piolho que se fixa no cabelo e é reconhecida por sua cor esbranquiçada. A lêndea só se desenvolve no cabelo, principalmente quando estão sempre sujos e despenteados.*

Como podemos evitar de pegar piolhos?

a) Usando pentes, bonés, escovas de outras pessoas.

b) Evitando de lavar a cabeça todos os dias, somente pentear os cabelos diariamente.

c) Lavando a cabeça diariamente, penteando os cabelos com pente fino pelo menos uma vez por semana e conservando os cabelos sempre limpos e penteados.

R: *Podemos evitar de pegar piolhos lavando a cabeça diariamente, penteando os cabelos com pente fino pelo menos uma vez por semana e conservando os cabelos sempre limpos e penteados. Também devemos evitar de usar objetos de outras pessoas como bonés, pentes, lenços de cabelo, entre outros.*

O que é sarna?

- a) É uma doença causada por um vírus que atinge o pulmão.
- b) É uma doença do coração causada pela má alimentação.
- c) É uma doença de pele causada por um parasita (o ácaro) que ataca homens, mulheres e crianças.

R: *A sarna é uma doença de pele causada por um parasita, o ácaro, que ataca homens, mulheres e crianças.*

Quais os locais mais atingidos pela Sarna

- a) Abdomen, nádegas, mamas, órgãos genitais, espaços entre os dedos e em crianças pequenas pode aparecer nos pés.
- b) Coração, pulmão, garganta e órgãos genitais.
- c) Estômago, rins, mamas e pernas.

R: *Os locais mais atingidos pela sarna são o abdomen, nádegas, órgãos genitais, espaços entre os dedos e em crianças pequenas pode aparecer nos pés. A sarna não atinge os órgãos internos do corpo como o coração, pulmão, garganta e estômago; pois trata-se de uma doença que atinge somente partes externas do corpo.*

Quais os sintomas da Sarna?

- a) A sarna causa coceira e aparecem pequenas lesões (ferimentos) que se rompem ao coçar e formam feridinhas.

- b) Dor de cabeça, vômito e diarreia.
- c) Dor abdominal, desidratação e feridas pelo corpo.

R: *Os principais sintomas da sarna são a coceira e o aparecimento de pequenas lesões que se rompem ao coçar e formam feridinhas. Dor de cabeça, vômito e diarreia não aparecem geralmente em pessoas com sarna, se acontecerem podem estar ligados à questões emocionais ou a outras doenças.*

Como a Sarna é transmitida?

- a) Através da água e alimentos contaminados.
- b) Através do uso de seringas e agulhas contaminadas com o ácaro.
- c) Através do contato pessoal, pelas roupas, cobertores e lençóis contaminados.

R: *A sarna é transmitida através do contato pessoal, pelas roupas, cobertores e lençóis contaminados. Os alimentos e a água não transmitem sarna, porque não possuem o parasita, assim como as agulhas e seringas não podem contaminar, pois o parasita causador da sarna não está presente nestes objetos.*

Como podemos combater a Sarna?

- a) Lavando muito bem os alimentos que comemos e fervendo a água que tomamos.
- b) Tomando banho diariamente e esfregando bem o corpo com água e sabão, trocando diariamente as roupas do corpo, da cama e toalha de banho, ferver as roupas, expô-las ao sol e passá-las a ferro.
- c) Não tomar banho diariamente e usar roupas sujas.

R: *Podemos combater a sarna tomando banho diariamente e esfregando bem o corpo com água e sabão, trocando diariamente as roupas do corpo, da cama e*

toalha de banho, ferver as roupas, expô-las ao sol e passá-las a ferro. Quando não tomamos banho diariamente e andamos com roupas sujas, não conseguimos combater a sarna. Os alimentos que comemos e a água que bebemos não tem relação com o combate a sarna, pois esta não está presente nestes elementos.

Acidentes na infância:

Quando uma criança sofre um acidente, pode ficar bastante machucada e sem poder brincar por um bom tempo. Podemos prevenir que isso ocorra:

- a) Brincando com fios elétricos e tomadas.
- b) Correr com garrafas ou outros objetos cortantes.
- c) Prestar muita atenção quando for usar facas, tesouras ou outros objetos que cortam, ter cuidado com tomadas e não empinar pipas perto de fios elétricos.

R: *Podemos prevenir alguns acidentes prestando muita atenção quando usamos objetos cortantes como facas, tesouras, canivetes; ter cuidado com tomadas, tocar em uma tomada com as mãos molhadas provoca choque, pois a água é transmissora de energia, além disso não devemos empinar pipas perto de fios elétricos pois também corremos o risco de levar choques e ficarmos muito machucados.*

O que podemos fazer para evitar alguns acidentes?

- a) Brincar com fogo, vidro e facas.
- b) Não ascender fósforos perto de líquidos como o álcool e a gasolina.
- c) Empinar pipas perto de fios elétricos.

R: *Podemos evitar alguns acidentes evitando de ascender fósforos perto de líquidos como o álcool e a gasolina, evitar também de empinar pipas perto de fios elétricos, não brincar com fogo, vidro e facas.*

Adolescência e Sexualidade:

O que é puberdade?

- a) É a idade do lobo.
- b) Puberdade é o coletivo de pombos.
- c) O termo puberdade diz respeito a primeira fase da adolescência, é quando se torna evidente a maturação sexual.

R: *O termo puberdade diz respeito a primeira fase da adolescência, é quando se torna evidente a maturação sexual. Durante este período que leva dois anos ou mais ocorrem várias mudanças físicas e psicológicas no adolescente e nada mais é do que o momento em sua vida onde começa a deixar de ser criança para se transformar em um adulto. A maior parte das moças começa a puberdade entre 9 e 16 anos, e os rapazes entre 10 e 17 anos. Em algum momento dessa fase o seu cérebro envia sinais para que seu corpo se desenvolva.*

O que é adolescência?

- a) A adolescência significa literalmente “crescer para maturidade”. É considerada também um processo psicológico, social, emocional e de maturação.
- b) Adolescência é uma doença que afeta todos os indivíduos expostos ao papilomavírus.
- c) É um ato que engloba todas as atitudes expressas pela criança.

R: *A adolescência significa literalmente “crescer para maturidade”. É considerada também um processo psicológico, social, emocional e de maturação. É quando o organismo, o corpo e a cabeça sofre várias mudanças para que ocorra a passagem da fase infantil para a adulta.*

Diga, que mudanças ocorrem na adolescência:

- a) Diminuição da estatura, aumento da laringe e do coração e crescimento dos cabelos.
- b) Aumento do globo vesical, ascite, asma brônquica, otite média e alta.
- c) Aumento da estatura; aparecimento de pêlos nas axilas, pubis, face e tronco; crescimento das mamas; aumento do pênis e testículos.

R: *Na adolescência, devido a ação de substâncias presentes em nosso organismo, os hormônios, ocorre aumento da estatura, aparecimento de pêlos nas axilas, pubis, face e tronco, crescimento das mamas, aumento do pênis e testículos.*

Por que durante a adolescência ocorre mudança de voz?

- a) Porque os adolescentes falam muito alto, irritando as cordas vocais.
- b) Devido a hipertrofia da mucosa laríngea, aumento da laringe e cordas vocais. E que fica mais evidente no menino.
- c) Devido a atrofia das cordas vocais e é mais evidente na menina.

R: *Durante a adolescência ocorre mudanças de voz, que é mais evidente nos meninos, devido a hipertrofia da mucosa laríngea, aumento da laringe e cordas vocais, ou seja, há um aumento da mucosa onde ocorre o estímulo de saída do som, causando conseqüentemente o aumento da laringe e cordas vocais.*

O que é maturação sexual?

- a) É quando o sexo fica maduro.
- b) É o que acontece no início da adolescência. Na menina concretiza-se com primeiro fluxo menstrual e no menino pelo aumento do tamanho do pênis e testículos.
- c) É a primeira fase da 3ª idade.

R: *É o que acontece no início da adolescência. Na menina concretiza-se com primeiro fluxo menstrual e no menino pelo aumento do tamanho do pênis e testículos.*

O que é menarca?

- a) É a primeira fase da menopausa.
- b) É a denominação dada ao Rei.
- c) É a denominação dada ao primeiro fluxo menstrual, ou seja, a primeira menstruação.

R: *Menarca é a denominação dada ao primeiro fluxo menstrual, ou seja, a primeira menstruação que ocorre entre os 10 e 13 anos na menina. É quando os óvulos começam a ser liberados.*

O que é óvulo?

- a) É o nome que se dá ao ser após a fecundação.
- b) O óvulo é a célula reprodutora feminina.
- c) Lugar onde fica o embrião.

R: *O óvulo é a célula reprodutora feminina. Todas as meninas nascem com os óvulos que terão a vida inteira - cerca de 250.000 que ficam localizados nos dois ovários. quando a menina passa pela puberdade, seu corpo libera um*

óvulo maduro a cada mês, ocorrendo então a menstruação. Caso esta menina tenha relação sexual sem prevenir-se contra gravidez, este óvulo juntamente com o espermatozóide do menino vão gerar um feto que em seguida transforma-se em um bebê.

O que é espermatozóide?

- a) É a célula reprodutora masculina.
- b) É o órgão reprodutor masculino.
- c) É a célula reprodutora feminina.

R: *O espermatozóide é a célula reprodutora masculina. Quando o menino passa pela puberdade, seu corpo começa a produzir espermatozóides. Os quais são produzidos nos testículos que estão situados dentro da bolsa escrotal, um saco de pele localizado logo abaixo do pênis. Milhares de espermatozóides são eliminados para o exterior do corpo através de um fluido chamado sêmen.*

O que é ereção?

- a) Ereção é a denominação dada ao indivíduo que fica imóvel, com a coluna reta numa superfície dura.
- b) Significa imobilidade sobre uma superfície dura.
- c) A ereção ocorre quando o pênis fica duro.

R: *Ereção é quando ocorre o enrijecimento ou endurecimento do pênis. Isso ocorre quando o sangue corre para vários pequenos vasos sanguíneos do pênis, fazendo com que ele endureça para que fique longe do corpo. Uma ereção ocorre quando um rapaz está sexualmente excitado, mas também pode ocorrer em outras ocasiões.*

Em que parte do corpo ficam os testículos?

- a) Ficam localizados no saco ou bolsa escrotal, na região perineal e são em número de dois.
- b) Os testículos estão próximos a artéria uterina direita e são em número de dois.
- c) Ficam localizados na cavidade abdominal próximo a bexiga.

R: *Os testículos ficam localizados no saco ou bolsa escrotal, na região perineal e são em número de dois. A temperatura dentro do testículo é de dois ou três graus, mais fria do que a temperatura normal do corpo. Os espermatozóies precisam dessa temperatura mais baixa para amadurecer.*

Doenças Sexualmente Transmissíveis:

O que é doença sexualmente transmissível?

- a) São doenças adquiridas através dos alimentos.
- b) São doenças adquiridas através da relação sexual.
- c) São doenças adquiridas através da água.

R: *Doenças sexualmente transmissíveis são aquelas adquiridas através da relação sexual. Os microorganismos causadores destas doenças se desenvolvem especificamente nos órgãos genitais, por isso não são transmitidos através de outros meios, como os alimentos e a água.*

Quais destas doenças são sexualmente transmissíveis?

- a) Gonorréia, Sífilis, Herpes Genital.
- b) Sarampo, Difteria, Coqueluche.
- c) Tétano, Varicela, Caxumba.

R: *Algumas das doenças sexualmente transmissíveis são: a gonorréia, a sífilis e o herpes genital. Existem também muitas outras. Estas doenças são bastante prejudiciais a saúde e causam vários males ao organismo.*

Como podemos evitar as doenças sexualmente transmissíveis?

- a) Não usar camisinha durante a relação sexual.
- b) Usar roupas, toalhas e objetos íntimos de outras pessoas.
- c) Usar camisinha nas relações sexuais, procurar ter uma alimentação saudável, manter limpeza do corpo e evitar de sentar em vasos sanitários de banheiros públicos.

R: *Podemos evitar as doenças sexualmente transmissíveis usando camisinha nas relações sexuais, procurar ter uma alimentação saudável (pois os alimentos aumentam as defesas do organismo contra qualquer doença), manter limpeza do corpo e evitar de sentar em vasos sanitários de banheiros públicos, pois estes são utilizados por diversas pessoas, por isso apresentam vários tipos de microorganismos causadores de doenças.*

AIDS:

O que é AIDS?

- a) É uma doença que ataca o coração.
- b) É uma doença infecto-contagiosa causada por um vírus (HIV) que enfraquece o sistema imunológico do organismo.
- c) É uma doença adquirida através dos alimentos.

R: *A AIDS ou Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, é uma doença infecto-contagiosa causada por um vírus chamado HIV (vírus da imunodeficiência*

humana) que enfraquece o sistema imunológico (que é o sistema de defesa do corpo contra doenças) do organismo.

Como se pega AIDS?

- a) Através do abraço de uma pessoa que já tenha a doença.
- b) Usando copos e talheres que foram usados por uma pessoa com AIDS.
- c) Através do esperma e secreção vaginal, do contato com sangue contaminado pelo vírus HIV, através de seringas e agulhas contaminadas.

R: *Podemos pegar AIDS através do esperma e secreção vaginal, do contato com sangue contaminado pelo vírus HIV e através de seringas e agulhas contaminadas. Usar copos, talheres e pratos de uma pessoa que tenha AIDS não pega a doença, assim como também, beijar e abraçar não transmite o vírus.*

Como podemos prevenir a AIDS?

- a) Usando camisinha nas relações sexuais, evitando compartilhar agulhas e seringas em caso de uso de drogas e tomar cuidado para não entrar em contato com o sangue de uma pessoa contaminada pelo vírus.
- b) Não abraçar e não beijar pessoas que tenham a doença.
- c) Evitar de conversar com pessoas contaminadas pelo vírus HIV.

R: *Podemos prevenir a AIDS usando camisinhas nas relações sexuais, evitando compartilhar agulhas e seringas em caso de uso de drogas e tomar cuidado para não entrar em contato com o sangue de uma pessoa contaminada. Abraçar, beijar e conversar com alguém que tenha AIDS, não transmite o vírus, pois quando o vírus entra em contato com o ar morre rapidamente e ele não está presente fora do corpo.*

Estatuto da Criança e do Adolescente:

É função do Conselho Tutelar:

- a) Atender as crianças e adolescentes quando seus direitos forem desrespeitados.
- b) Prender quem maltrata crianças e adolescentes.
- c) Nenhuma das duas.

R: *O Conselho Tutelar atende os adolescentes cujos direitos foram desrespeitados e encaminha o processo ao juiz da infância e adolescência que tomará as devidas providências contra quem desrespeitou estes direitos.*

A criança e adolescente tem direito a proteção:

- a) A vida e a saúde.
- b) A vida e a morte.
- c) A saúde

R: *A vida e a saúde são direitos da criança e do adolescente que constam no Estatuto da Criança e do Adolescente. Nenhuma criança ou adolescente deve morrer em consequência de doenças, desnutrição ou agressão de qualquer espécie.*

Quando os direitos da criança e do adolescente forem desrespeitados, que órgão deve ser imediatamente comunicado?

- a) Hospital.
- b) Posto de Saúde.
- c) Conselho Tutelar.

R: *Hospitais, postos de saúde, escolas e outras instituições devem comunicar imediatamente ao Conselho Tutelar qualquer ameaça ou violação dos direitos*

da criança e do adolescente. O Conselho Tutelar é o órgão responsável pela proteção dos direitos da criança e do adolescente. Essa responsabilidade consta no Estatuto da Criança e do Adolescente.

Toda criança e adolescente tem direito à:

- a) Viver com sua família.
- b) Ser discriminado por ser adotivo.
- c) Ser retirado de sua família para viver em orfanatos.

R: *A família deve ser o local onde crianças e adolescentes sintam-se seguros e protegidos. Na impossibilidade de conviver em família, crianças e adolescentes tem o direito de ser recebido em lar substituto ou adotivo, ser amado e respeitado neste novo lar e não ser discriminado.*

Toda criança e adolescente tem direito ao respeito. Este direito consiste:

- a) Em ser espancada por seus pais.
- b) Ter seu corpo e sua imagem valorizados.
- c) Ser tratado diferentemente dos outros.

R: *Crianças e adolescentes espancados tem seu direito à vida e à saúde ameaçados e, portanto, devem recorrer ao Conselho Tutelar para que este tome medidas cabíveis contra os infratores. Portanto, é direito da criança e do adolescente ter seu corpo e sua imagem valorizada.*

É dever do Estado assegurar à criança e ao adolescente:

- a) Escolas particulares para que estudem até a 8ª série.
- b) Separar crianças e adolescentes portadores de deficiência em turmas diferentes no ensino regular.

c) Ensino fundamental, obrigatório e gratuito.

R: *Ensino fundamental, público e gratuito (da 1ª a 8ª série é direito das crianças e adolescentes e dever do Estado. Crianças e Adolescentes portadores de deficiência, devem estudar em classe regular, recebendo reforço pedagógico em outro período.*

Toda criança e adolescente tem direito à:

- a) Trabalhar para sustentar sua família.
- b) Ser sustentado, guardado e educado por seus pais.
- c) Ser retirado de sua família se ela não tiver condições de sustentá-lo.

R: *Falta de dinheiro não é motivo para retirar crianças e adolescentes de seus lares. O Estado deve desenvolver programas que apoiem estas famílias no sentido de melhorar seu nível de vida para que possam sustentar, guardar e educar seus filhos com qualidade.*

Sabe-se que crianças e adolescentes tem direito à liberdade. O que significa isso?

- a) Dar opinião e expressar idéias.
- b) Dizer palavrões.
- c) Gritar com as pessoas.

R: *Os palavrões são formas de expressar desagrado, mas que podem agredir quem os ouve. Gritar é outra forma de agressão. É direito de todos opinar e expressar suas idéias com calma, sendo respeitados e ouvidos.*

Sabe-se que crianças e adolescentes tem direito à liberdade. O que significa isso?

- a) Poder escolher uma religião e não ser discriminado por isso.
- b) Não poder escolher crença religiosa.
- c) Desrespeitar as pessoas.

R: *A crença religiosa, qualquer que seja, deve ser respeitada. Todos tem direito de escolher uma religião que se adapte ao seu modo de pensar e sentir.*

Sabe-se que crianças e adolescentes tem direito à liberdade. O que significa isso?

- a) Brincar, praticar esportes e divertir-se.
- b) Brinca e não ter outras atividades.
- c) Brincar e não ir para a escola.

R: *Brincar, praticar esportes e divertir-se é um direito das crianças e adolescentes, que não devem esquecer-se de que a escola é outro direito e deve ser respeitado e exigido.*

Os cartões de tarefas foram elaborados, a fim de tornar o jogo descontraido e humorístico. Cada cartão contém uma tarefa, caso tenha acertado a resposta e outra tarefa, caso tenha errado a resposta. Colocaremos aqui separadas as tarefas de acerto e não acerto.

Você não acertou?

- Dê cinco voltas correndo ao redor da mesa.
- Imitar um macaco.
- Fique uma rodada sem jogar.

- Cante um pedaço do hino nacional.
- Volte 4 casas.
- Volte 2 casas.
- Cante um pedaço da música - Se um pinguinho de tinta cai num ... (os colegas podem ajudar)
- Imita o Tiririca, cantando a música Florentina.
- Dance a dança do Tchan.
- Vá até o canto da sala e fique cheirando a parede até a próxima vez de jogar.
- Volte 7 casas.
- Volte 6 casas.
- Imita um porquinho no chiqueiro.
- Dê 15 pulos com uma perna só.
- Dance a dança da garrafa.
- Imita um cachorro fazendo xixi no poste.
- Que pena, volte ao início do jogo.
- Levante e dê um abraço em cada um dos colegas.
- Volte 5 casas.
- Imita um gato e um coelho.
- Dê 10 pulos cantando uma música.
- Fique duas rodadas sem jogar.
- Dance a dança do bumbum.
- Conte uma piada.
- Faça uma careta bem feia e volte uma casa.
- Imita uma galinha.
- Volte 3 casas.
- Dance a dança do requêbra.
- Cante um pedaço de uma música dos mamonas.
- Imita o Silvio Santos.

- Dê um abraço no colega que você costuma brigar.
- Dê 15 voltas ao redor de uma cadeira, sem parar.
- Levante e vá até alguém e dê um abraço e um beijo nesta pessoa, e não esqueça de voltar 4 casas.

Você acertou?

- Ótimo, avance 5 casas.
- Parabéns, ande 2 casas.
- Parabéns, ande 4 casas e peça para o colega do lado imitar alguma coisa.
- Ótimo, jogue mais uma vez.
- Legal, pegue outra pergunta e entregue para o jogador seguinte, se ele acertar ande 8 casas se ele errar ande 5 casas.
- Ótimo passe na frente dos outros jogadores com sua peça.
- Parabéns, ande 6 casas.
- Ótimo, pule 2 casas.
- Parabéns, você é muito inteligente, por isso ande 10 casas.
- Legal, jogue novamente.
- Parabéns, ande 3 casas e peça para o colega do lado imitar alguma coisa.
- Muito bem, ande 8 casas.
- Legal, todos vão te dar um abraço e você vai andar mais 3 casas.
- Legal, todos vão te dar um beijo e você vai avançar mais 3 casas.
- Ótimo, jogue mais uma vez e peça para o colega seguinte dançar a dança da garrafa.
- Muito bem, pule uma casa passando para a seguinte.
- Legal, pule 2 casas.
- Legal, peça para o colega do lado fazer uma careta e jogue mais uma vez.
- Legal, jogue mais duas vezes.

Observações:

Este jogo foi elaborado, através do levantamento, junto aos adolescentes e educadora, sobre os temas mais emergentes de se trabalhar com estes.

O jogo foi aplicado aos adolescentes com bom efeito. Ficaram bastante envolvidos e interessados no jogo. Um dos adolescentes falou que achou o jogo “baita” e que só iria jogar este jogo daqui em diante.

APÊNDICE 7

NOVO CRONOGRAMA DAS OFICINAS

CRONOGRAMA DAS OFICINAS

Jogos dramáticos que abrangeriam os seguintes temas:

Sexualidade

1. Auto-imagem - Francis - 22.05
2. Auto-estima - Ivânia - 23.05
3. Corpo - Francis - 26.05
4. Corpo - Cristina - 27.05
5. Saúde - Ivânia - 28.05

Família

1. Imagem - Francis - 02.05
2. Estima - Cristina - 03.05
3. Relação - Ivânia - 04.05
4. Relação - Cristina - 05.05
5. Relação - Francis - 06.05

Grupo

1. Relação - Francis - 09.05
2. Relação - Ivânia - 10.05
3. Relação - Cristina - 11.05
4. Relação - Ivânia - 12.05

Oficinas que abordariam:

V - Argila - Sexualidade - 22.05

VI - Teatro - Família - 26.05

VII - Música - Agressividade - 02.06

VIII - Você Decide - Drogas/Saúde - 06.06

IX - Circuito - Métodos

Anticoncepcionais - 09.06

Cartazes que trouxessem informações a cerca de:

1. Camisinha
2. Métodos anticoncepcionais
3. Agressividade
4. Auto-estima
5. Grupos sociais

APÊNDICE 8

INSTRUMENTO PARA CONSULTA DE ENFERMAGEM

Instrumento para Consulta de Enfermagem

Identificação:

Nome do cliente:

Idade: Sexo: Peso: Estatura:

Escolaridade:

Filiação:

Naturalidade:

Posição na constelação familiar:

Endereço:

Integralidade

Manifestação de Padrão Fisiológico

1- Nutricional - Metabólico

- Tipo / quantidade de alimentos ingeridos
- Frequências das refeições
- Hábitos alimentares

2- Eliminação

- Intestinal (frequência, cor, odor, depósitos, quantidade...)
- Vesical (frequência, cor, odor, quantidade)
- Menstrual (frequência, cor, odor, quantidade)

3- Hidroeletrolítica

- Ingesta de líquido (voluma, frequência, tipo)
- Preferências
- Hábitos alimentares

4. Sono e Repouso

- Onde dorme
- Com quem dorme
- Que horário dorme
- Características do sono: Sonha?

- Problemas que dificultam o sono (se houver)

5. Respiratório

- Respiração: frequência, ausculta pulmonar (presença de ruídos, estertores), ritmo, profundidade, tiragens, tosse, expectoração.

6. Cardiovascular

- Frequência cardíaca
- Pressão Arterial
- Ausculta cardíaca

7. Neurológico

- Nível de consciência
- Orientação
- Vertigens

8. Termoregulação

- Temperatura axilar

9. Cutâneo-mucosa

- Pele (qto a coloração, umidade, elasticidade, presença de lesões, sujidades..)
- Couro cabeludo (sujidades, pediculose, cabelos...)
- Olhos e pálpebras (observar mucosas....)
- Ouvidos
- Boca (mucosas, língua, gengiva, dentes, garganta)
- Nariz (mucosa, ventilação, sujidade..)
- Órgãos Genitais
- Abdomen (tamanho, palpação...)

10. Imunológico

- Presença de infecções (frequência)

11. Sexualidade e Reprodução

- Já teve relação sexual
- Conhece métodos anticoncepcionais
- Já teve problemas ginecológicos
- Frequenta o ginecologista

12. Atividades e Exercícios

- Pratica alguma atividade física
- Problemas que dificultam a realização de atividades físicas
- Mecânica corporal (postura, atividade motora)
- Locomoção (problemas relacionados)

- Motilidade

Manifestações do Padrão Psicológico

- Personalidade
- Sentimentos e emoções
- Conduta
- Capacidade para tomar decisão e enfrentar situações
- Comunicação/Expressão
- Auto-estima: O que pensa de si mesmo/ Que sentimentos tem em relação a si próprio.
- Auto-imagem: Como se vê.
- Percepções sensoriais, extra-sensoriais, do seu “eu”, da sua relação com o meio-ambiente.
- Raciocínio
- Pensamento
- Aprendizagem (dificuldades..)
- Crenças e valores em relação à vida
- Morte e doença

Manifestações do padrão espiritual

- Capacidade de sentir e manifestar amor
- Fé/Confiança/Compreensão/Perdão
- Tem religião (no que acredita)

Manifestações do padrão de relação com o campo ambiental

- Papel do cliente no grupo familiar (qtos membros existem na família..)
- Modo de vida do cliente e família.
- Percepção da família, amigos, conhecidos, equipe de saúde e comunidade frente aos valores, crenças e costumes.
- Influência do meio ambiente na formação dos valores, crenças, costumes.
- Capacidade do cliente e da família de estabelecerem relações entre si e com a comunidade, mantendo suas integridades.
- Assistência requerida pela família, amigos, conhecidos, equipe de saúde e pela comunidade.

APÊNDICE 9

PROCESSOS DE ENFERMAGEM

Princípio da Integralidade

Meu encontro com Fábio

Meu primeiro encontro com Fábio, ocorreu na 7ª fase (ano/96) na Disciplina Enfermagem Psiquiátrica II, onde realizamos uma visita ao CEC - Itacorubi. Nesta visita Fábio e os outros adolescentes estavam fazendo atividades de Educação Artística. Nós estávamos esperando pela coordenadora, quando Fábio chamou-me e perguntou meu nome. Logo depois pediu para que escrevesse meu nome num papel, como um autógrafo. Durante o tempo que ficamos lá, Fábio ficou me rodeando e fazendo perguntas sobre mim.

Voltei ao CEC, neste ano (97), para iniciar o estágio da 8ª fase. Fábio, quando me viu, logo chamou-me pelo nome, mostrando uma face sorridente e surpresa. Desde então, dirigia-se a mim a todo momento e queria que estivesse sempre a seu lado durante as atividades.

Diante do exposto acima, achei que seria interessante realizar a consulta de enfermagem com Fábio; pois, sendo ele, um adolescente bastante agressivo e “fechado”, chamou-me atenção o seu modo afetivo e respeitoso de agir comigo, diferente de como agia com os educadores e colegas.

No dia 16 de abril convidei Fábio para realizarmos a consulta, este concordou, mostrando-se ansioso e sorridente.

A consulta se deu na sala dos educadores, a qual nos foi cedida pela coordenação para realização desta. Na sala, colocamos um tapete com algumas almofadas, para tornar o ambiente mais aconchegante.

Inicialmente, apresentei-me a Fábio, dizendo quem eu era e o que fazia no CEC, bem como, o objetivo desta consulta.

Fábio é um menino de 12 anos, magro e de média estatura (1,41m). Seus cabelos são castanho-claros, mais ou menos ondulados, de textura grossa e curtos. Sua pele é branca; tem olhos verdes, grandes e brilhantes. Possui uma facies com expressão de seriedade.

Fábio relatou-me alguns aspectos de seu processo vital. Disse que mora com o pai, a madrasta e 4 irmãos, sendo que sua mãe reside em frente a sua casa. Alimenta-se 5 (cinco) vezes por dia, sendo que, no café da manhã ingere café com leite e pão com requeijão, almoça no CEC, no lanche da tarde nescau com bolacha e na janta, geralmente, feijão, carne moída, macarrão. Refere comer bastante. Disse que não tem dificuldade para evacuar, sendo que o faz 2 (duas) vezes por dia.

Ingere bastante água, pois sente muita sede. A água utilizada para consumo, às vezes é fervida, mas geralmente, é da torneira. Gosta muito de leite com nescau.

Fábio dorme em um quarto, numa cama de casal com mais dois irmãos. Geralmente costuma dormir a partir das 22h.

Pratica como atividade física o futebol com os colegas do bairro.

Ao exame físico apresentou mucosas (olhos e boca) hipocoradas; orientação e lucidez e sinais vitais dentro dos parâmetros de normalidade.

Fábio possui poucos conhecimentos referentes a sexualidade; não sabe o que é método anticoncepcional e nunca teve relação sexual. Conhece camisinha porque o pai tem em casa.

Quando abordei a questão da sexualidade, Fábio procurou fugir do assunto, olhava para baixo e ao invés de responder verbalmente, fazia apenas gestos com a cabeça. Desta forma, expliquei ao adolescente que se sentisse à vontade para falar, pois não havia nada de errado em conversarmos sobre estas questões e que tudo que falássemos ficaria entre nós. Fábio conseguiu relaxar e falar com naturalidade; disse que realmente nunca teve uma relação sexual e que sabe muito pouco sobre o assunto.

Frente a isso, combinamos de falar sobre adolescência e sexualidade numa próxima conversa, onde teríamos material didático apropriado para discussão.

Fábio refere viver bem com a família e acha esta relação “legal” pois, todos são “bonzinhos” com ele. Às vezes ajuda a madrasta a arrumar as camas e varrer o terreno. Mas o que gosta mesmo é de brincar com os colegas do bairro de empinar pipa.

Fábio perdeu a mãe, ainda criança (7 anos), a qual saiu de casa, deixando os filhos com o marido. Teve uma infância bastante complicada, num meio promíscuo e agressivo, propiciado pelos próprios pais. Mesmo assim, Fábio fala de sua família com carinho e respeito.

Quanto a seu pai, acha que “é um ser, que outro não existirá igual; nunca vai esquecê-lo; ele sempre será o máximo”. Fala que, a mãe sempre será a sua mãe, só por esta tê-lo colocado no mundo, desde que a viu já gostou.

A madrasta Sandra, segundo Fábio, ajudou na sua educação, tem ela como uma das pessoas mais queridas. Os irmãos são meio “brincalhões”, mas sem eles não viveria.

Fábio diz ter muitos amigos e acha importante, porque hoje em dia é difícil encontrar amigos; adora os que tem.

Quanto ao CEC, Fábio fala que foi uma das melhores coisas. Acha bom porque seu pai trabalha e a madrasta, às vezes sai de casa e, frequentando o CEC “não fica no morro jogado”. Gosta também, porque aprende bastante coisas boas.

A escola para Fábio é muito importante, está na 3ª série e, acha que na escola se aprende “um monte de coisas sobre a vida”. Fábio diz que “os pais devem ajudar seus filhos colocando-os na escola”.

Fábio falou também um pouco sobre sua percepção com relação à morte; acha que é ruim porque as pessoas que ficam vivas têm tristeza e choram muito.

Quando sua avó morreu, chorou muito. Pensa que a morte é ir para o céu e, todo mundo vai. Porém não quer morrer.

Disse ainda que frequenta, às vezes, a Igreja Assembléia de Deus, com os amigos. Refere gostar de ir a essa igreja. Sua família frequenta a igreja católica e, segundo Fábio, estes não interferem na sua escolha religiosa.

Perguntei a Fábio, o que sentia com relação a si mesmo. Disse que não sentia nada. Reforcei: Não sente nada? Respondeu, após pensar um pouco, “me acho inteligente”.

Com relação a sua vida, Fábio acha que se melhorar, estraga, pois é muito feliz.

Fábio falou também que me tem como uma amiga, porque gosta do trabalho que faço, que é a enfermagem.

Quando terminamos a consulta Fábio disse que tudo que foi falado seria nosso segredo e que não era para mim fazer consulta com Sandro, seu amigo do CEC. Perguntei, porque não poderia conversar com Sandro. Respondeu que não, não e não.

Percebi com isto e também durante todo o período de estágio que, Fábio tem um relacionamento com Sandro de competição e que é bastante egocêntrico. Sandro é um menino inteligente e desafia muito Fábio, o qual procura sempre dominar as pessoas pela argumentação.

Durante todo o período de estágio, observei que Fábio sempre tenta ser o centro das atenções, quer ser sempre o melhor e, é bastante agressivo e resistente. Por várias vezes, negou-se a participar das atividades promovidas por nós e, quando participava procurava sempre, de alguma maneira, tumultuar estas atividades.

Fábio tem muitas rixas com a irmã, que também frequenta o CEC, sendo que, brigam muito e se agridem verbal e fisicamente. Porém quando percebe que

outra criança ou adolescente está agredindo seus irmãos, fica extremamente nervoso e agride fisicamente esta pessoa.

Fábio reclamou, algumas vezes, de não estar se sentindo bem. Referia muita “dor de barriga”. Cogitei com ele a possibilidade de marcarmos uma consulta no Posto de Saúde para realização de exames. Porém Fábio manteve-se resistente, dizendo que não queria, sem explicar o porque.

Mesmo assim a consulta foi marcada. No entanto, no dia de ir ao Centro de Saúde, Fábio não quis. Tentei convencê-lo, explicando que seria bom para ele, que fazendo os exames poderia saber porque tem dor de barriga e curá-la. Mas Fábio não mudou de opinião.

Tivemos outras conversas informais, durante o transcorrer do estágio, onde aproveitei a oportunidade para conversar com Fábio sobre a adolescência e sexualidade. Através de material didático apropriado, conversamos sobre questões da adolescência, aparelho genital masculino, métodos anticoncepcionais e relação sexual. Sendo que, estes assuntos também foram trabalhados em grupo, juntamente com outros adolescentes.

Processo Vital de Fábio

Fábio é o primeiro filho de um casal jovem; nasceu em Florianópolis, residindo até hoje nesta cidade, no bairro Itacorubi. Tem 5 irmãos, sendo que o mais novo é filho de seu pai com outra mulher, que reside atualmente em sua casa.

Fábio teve uma infância bastante conturbada. Seus pais eram traficantes de drogas, a mãe levava homens para casa, enquanto o pai trabalhava, além de agredir fisicamente Fábio e seus irmãos.

O casal agredia-se e brigava na frente das crianças, que sempre eram colocadas em último plano, pois andavam sujas, desarrumadas e soltas pela rua, sendo visível a falta de cuidado e atenção que recebiam dos pais.

Até que um dia os pais de Fábio foram presos por tráfico de drogas e passaram 6 meses na cadeia. Durante este período, Fábio e os irmãos ficaram com os avós, sendo que, mantinham contato com os pais através das visitas que faziam ao presídio. Quando o casal saiu da prisão, as crianças voltaram a morar com eles, porém a situação continuou a mesma. Fábio e os irmãos continuavam sendo agredidos e submetidos a conviver com a promiscuidade da mãe. Até que seu pai descobriu que a esposa levava amantes para casa na sua ausência e, um dia quando saiu para trabalhar, a mãe de Fábio disse a ele e aos irmãos que iria visitar uma amiga na prisão; saiu de casa e nunca mais voltou, deixando-os completamente sozinhos. Sendo que, deixou a filha mais nova com a mãe, com quem mora até hoje.

Fábio e os irmãos ficaram com o pai e, após algum tempo, este conheceu Sandra que foi morar com eles, sendo que estão juntos a 1 ano e meio e já tem um bebê de 4 meses.

Sandra foi bem aceita por Fábio e seus irmãos, pois preencheu uma lacuna provocada pela ausência da mãe.

Quando a mãe de Fábio voltou, tentou aproximar-se dos filhos, mas o pai não permitiu e, até hoje ela não tem contato com estes, mesmo morando na frente da casa deles.

Fábio, a irmã de 11 anos e o irmão de 7 anos, começaram então a frequentar o CEC em 1994, por iniciativa do pai.

Sandra relata que agora, a vida de Fábio está bastante diferente, pois não sofre mais as agressões que sofria antes. Tem Sandra que preenche, de certa forma, a ausência da mãe. O pai, depois de tudo que aconteceu, apresentou mudanças de comportamento frente a ele mesmo e aos filhos.

Princípio da Ressonância e Helicidade

Frente a história do processo vital de Fábio e com base em minha relação com o adolescente, pareceu-me bastante visível as relações extremamente desarmônicas vividas por Fábio, com relação ao seu próprio “eu” e ao ambiente.

Fábio tem uma história de vida bastante sofrida. São eventos passados que, de certa forma, deixaram muitas marcas no adolescente e, que se exteriorizam hoje através de outras relações desarmônicas do adolescente evidenciadas em seu processo vital.

Os eventos passados, como a convivência do adolescente com a promiscuidade da mãe, o envolvimento dos pais com drogas, as brigas, as agressões físicas e morais, são hoje interferências totalmente dissonantes, ou seja, não se pode realizar mudanças no que já aconteceu. Porém, os resultados destas relações desarmônicas representados hoje por disritmias como, a agressividade, revolta e carência afetiva, são interferências dissonantes e, que podem ser trabalhadas juntamente ao adolescente, com probabilidade quase total de evolução de seu processo vital.

Existe também um evento presente bastante desarmônico, o qual detectei, durante a visita domiciliar. Sendo que, em nenhum momento esta desarmonia foi referida pelo adolescente. Trata-se da relação de cuidado e participação do pai e da madrasta no processo de desenvolvimento e crescimento de Fábio.

Foi bastante visível, durante a visita, as diferenças entre os cuidados e atenção com o bebê, filho do pai do adolescente com a madrasta, e os cuidados e a atenção proporcionados a Fábio e a seus irmãos. O próprio ambiente em que vivem mostra esta desigualdade, a qual relatei no registro da visita domiciliar realizada na casa de Fábio. Considerei esta interferência dissonante, sendo que, se trabalhada

juntamente com o pai e a madrasta, poderia ter probabilidade quase total de evolução do processo vital não só de Fábio, mas também de seus irmãos.

Outro fator que, possivelmente, está interferindo de forma desarmônica no processo vital do adolescente é o pouco conhecimento referente ao seu próprio crescimento, enquanto ser adolescente e à sexualidade. Esta interferência pouco dissonante, pode ser trabalhada nas consultas de forma individual e com outros adolescentes de forma grupal, com probabilidade quase total de evolução de seu processo vital.

Fábio relatou-me, nos últimos dias de estágio uma disritmia fisiológica, “dor de barriga”. Esta disritmia, possivelmente, estava sendo ocasionada por verminose. É uma interferência pouco dissonante e possível de se intervir, com expectativa de probabilidade quase total de evolução do processo vital do adolescente.

Intervenção

Frente ao diagnóstico das disritmias de campo humano e ambiental de Fábio, procurei intervir dentro de minhas possibilidades e das possibilidades do adolescente, frente ao curto período de estágio.

Com relação a algumas interferências dissonantes, como a agressividade, a revolta e a carência afetiva, procurei intervir nas situações em que estas evidenciavam-se. Teve situações em que Fábio apresentou comportamento nervoso e agressivo, onde tentou agredir fisicamente a irmã e, outras vezes os colegas. Quando isto aconteceu procurei segurar Fábio e abraçá-lo com força, tentando acalmá-lo, quando acalmava-se, conversava com ele, procurando saber o que o levou a ter estas atitudes e como ele poderia agir sem ter que agredir as pessoas.

No entanto, Fábio não teve grandes mudanças, continuou tendo atitudes agressivas, porém com menos frequência.

Isso veio a confirmar que a agressividade de Fábio é uma interferência para ser trabalhada mais a longo prazo, sendo que, o período de estágio seria insuficiente para mudanças efetivas.

Referente a interferência relacionada a relação desarmônica entre Fábio e os irmãos com o pai e a madrasta, não houve intervenção. Esta interferência foi detectada por mim, através da visita domiciliar, realizada no final do estágio e, a qual não foi referida pelo adolescente. Quando detectei esta disritmia, já não havia mais tempo suficiente para trabalhá-la, sendo que, teria que elaborar metas e objetivos que seriam implementados a longo prazo, sendo impossível portanto esta intervenção.

Já com relação ao desconhecimento de Fábio quanto ao ser adolescente e à sexualidade, foi possível de se trabalhar já nas consultas, onde através de material didático apropriado tentei esclarecer e discutir, juntamente com Fábio, suas dúvidas.

Convém ressaltar que a sexualidade e adolescência, foram abordadas também, de forma grupal com os adolescentes, através de oficinas e jogos.

E, por fim, diante da disritmia fisiológica relatada por Fábio, as dores abdominais, intervi, marcando uma consulta para o adolescente no Centro de Saúde. Porém, no dia da consulta, Fábio recusou-se a acompanhar-me. Tentei convencê-lo, mas sem sucesso. Esta intervenção ficou então, prejudicada, até mesmo, porque este fato ocorreu no último dia de estágio, não havendo, desta forma, tempo suficiente para reelaborá-la.

Avaliação

Diante dos princípios de ressonância e helicidade e das intervenções feitas, acredito que Fábio obteve algumas mudanças, que possibilitarão, de certa forma, uma repadronização em alguns aspectos de seu processo vital.

Apesar de não ter intervindo junto a sua família, devido ao curto período de estágio, procurei intervir diretamente no adolescente, respeitando é claro, suas condições e limites.

Acredito que, após as várias conversas que tive com Fábio, possivelmente, alguma coisa foi e será aproveitada por ele daqui para frente. Como por exemplo, as atividades educativas, que realizamos com o grupo de adolescentes e individualmente. Fábio tinha muito pouco conhecimento sobre esta fase da vida em que está passando, que é a adolescência, bem como, com relação à sexualidade. E, foi através de nossas conversas e destas atividades grupais, que o adolescente pode esclarecer suas dúvidas e tornar conhecido para si o que antes era meio confuso. Portanto, estes conhecimentos que tem agora, acredito que proporcionarão mudanças em sua vida, até mesmo para repadronização de seu processo vital.

Todas as situações que ocorreram durante o estágio, com relação a Fábio, e requeriam intervenções de enfermagem, foram sendo trabalhadas e avaliadas no decorrer do estágio. Frente à estas situações, as quais foram citadas no princípio da ressonância e helicidade, pude perceber como é difícil obter mudanças no ser humano, diante de uma história de vida tão complexa e tumultuada. Por isso, fico feliz se conseguir mudar alguma coisa em Fábio, frente a tanta agressividade e revolta.

Durante o tempo em que ficamos juntos, tivemos uma relação bastante harmônica e, Fábio sempre me tratou com muito carinho e respeito. Acho que esta

interação sincrônica, possivelmente, provocará alguma mudança na vida do adolescente.

Visita domiciliar

Para a realização desta visita foram acrescentados alguns objetivos:

- Identificar o local e condições de moradia do adolescente.
- Identificar como é a família do adolescente.
- Conversar com os pais sobre o processo vital do adolescente.
- Identificar disrritmias que possam estar presentes.
- Identificar como se dá a relação família/adolescente.

Registro da Visita Domiciliar

Fomos recebidas pela madrastra de Fábio, Sandra, a qual estava na janela da casa quando chegamos e perguntou se nós éramos as moças do CEC, respondemos que sim, então ela nos convidou para subir, pois estava no andar de cima da casa, cuidando do bebê. Entramos na casa pela cozinha e subimos para falar com Sandra. Esta, pediu para que sentássemos, disse que estava limpando a casa e cuidando do filho; o marido estava trabalhando. F., irmã de Fábio, sentou junto conosco e pegou o bebê para que pudéssemos conversar.

Então, explicamos a Sandra quem éramos, o que fazíamos no CEC e o objetivo da visita.

Perguntei à ela se tinha conhecimento da história de Fábio, desde o seu nascimento. Sandra disse que sabia muita coisa. Falou sobre as agressões físicas que Fábio e seus irmãos sofreram.

Seus pais eram traficantes de drogas, a mãe levava homens para casa, na ausência do marido e deixava as crianças sozinhas, além de bater muito nelas. O casal brigava e agredia-se na frente das crianças, a casa vivia suja e desarrumada e as crianças eram mal cuidadas, ficavam pela rua sujas e sozinhas.

Um dia os pais foram presos por tráfico de drogas e passaram 6 meses na prisão. Neste período as crianças ficaram com a avó paterna e às vezes com a avó materna. As crianças mantinham contato com os pais através de visitas à prisão. Quando o casal saiu da prisão, as crianças voltaram a morar com eles. A mãe continuava a levar homens para dentro de casa, enquanto o marido trabalhava e, também, continuava a agredir Fábio e seus irmãos. O marido descobriu sobre os amantes da mulher e, um dia quando saiu para trabalhar, a mãe de Fábio arrumou suas coisas e saiu de casa, dizendo que ia visitar uma amiga na prisão. Deixou os filhos sozinhos, sendo que a filha mais nova deixou com sua mãe e com quem está até hoje e, nunca mais voltou. O pai ficou sozinho com as crianças e depois de algum tempo, conheceu Sandra, que foi morar com ele, sendo que estão juntos a 1 ano e meio e já têm um bebê de 4 meses.

Sandra falou que Fábio tem um bom relacionamento com a família, às vezes é um pouco teimoso, mas geralmente obedece e respeita os pais. Teve uma infância muito complicada, sofreu agressões e, por ser o filho mais velho do casal, presenciou muitas coisas ruins que ocorreram com seus pais e seus irmãos menores.

Disse também que agora, neste tempo em que está com eles, as coisas estão bem diferentes. Gosta de deixar a casa sempre arrumada e limpa, as crianças não ficam mais soltas pela rua e nem sujas e, o pai também mudou muito, fica mais em casa com a família e só sai com esta. Sandra mostrou-nos várias fotos dos passeios que fizeram com Fábio e seus irmãos e fotos das crianças quando eram menores.

Contou-nos ainda que, após a mãe ter fugido de casa, esta voltou a morar na frente de sua antiga casa e procurou as crianças, mas o pai não permitiu que ela se aproximasse deles e, até hoje ela não tem contato com os filhos, mesmo morando na frente da casa deles.

Sandra fala que a mãe de Fábio está bem “acabada”, a mãe não quer vê-la e que não tem lugar fixo para morar. E, ainda que tentou algumas vezes voltar para a família (marido e filhos), só porque viu que as coisas tinham melhorado, mas o marido não queria mais, pois já estava com Sandra e não queria voltar a ter os problemas que tinha antes.

Sandra falou um pouco também do CEC, disse que não conhece o trabalho realizado nesta instituição, mas acha bom as crianças frequentarem, pois às vezes precisa sair de casa e, desta forma, eles não ficam pela rua sozinhos.

Observações feitas pela acadêmica

Fábio mora numa casa de material com dois andares, grande e ainda em construção, sem forro. A casa tem, no piso inferior, uma cozinha, relativamente grande, banheiro e churrasqueira no lado de fora. No piso superior tem uma sala e 3 quartos grandes, sendo um do casal e do bebê, um dos meninos (Fábio e 2 irmãos) e um da menina.

O quarto do casal é grande, com móveis bons (guarda-roupa grande, cômoda, cama de casal de ferro, berço do bebê, tapete grande e cortinas). O quarto de Fábio e seus 2 irmãos também é grande, tem uma cama de casal para os três, não tem guarda-roupa, somente um armário aberto de madeira para guardar as roupas; na janela tem um pano rasgado que, pendurado serve como cortina. O quarto da irmã de Fábio tem um guarda-roupa pequeno, velho e quebrado, uma

cômoda com espelho, que parecia bastante velha e estava suja e uma cama de solteiro que foi quebrada recentemente pelo pai, por acidente, sendo que a adolescente está dormindo no sofá.

A casa estava bastante suja, na cozinha a mesa estava cheia de pão jogado, farelo, xícaras de café sujas e alguns alimentos do café da manhã. Na escada que dá acesso ao piso superior, havia mamadeira jogada e cacos de vidro de um copo quebrado. Os quartos das crianças estavam sujos e cheios de roupas jogadas por cima das camas. Os únicos lugares que estavam limpos e arrumados eram o quarto do casal e do bebê e a sala.

Os meninos mais novos estavam sujos e de pés descalços. O bebê estava limpo e bem arrumado.

Fábio não entrou na casa, enquanto estávamos lá, ficou brincando na rua com outros meninos.

Sandra foi bastante receptiva e nos tratou bem, estava um pouco ansiosa, talvez por estar bastante atarefada, querendo deixar a casa limpa, até mesmo desculpando-se, dizendo que a casa estava desarrumada porque ela e o marido acordaram tarde, ele saiu atrasado e não deu tempo de arrumar a casa mais cedo.

Algumas coisas que Sandra falava pareciam não ser de total verdade. Como quando disse que, antes da mãe fugir de casa as crianças andavam sujas e soltas pela rua, agora isso não acontece. Porém, não foi o que vimos, as crianças estavam sujas, de pés descalços e brincando sozinhas pela rua. O único que estava limpo era o bebê. Dando a impressão de que Sandra cuida e se dedica mais ao seu filho, do que de Fábio e seus irmãos, que talvez tenham mais atenção por parte do pai.

O relato de Sandra sobre os acontecimentos da infância de Fábio, mostram uma visão que defende o pai em todos os aspectos, acusando sempre a mãe por tudo que aconteceu, pois em nenhum momento ela falou sobre o pai, a não ser quando disse que era traficante de drogas.

Outro fato que me chamou atenção foi os quartos das crianças comparados ao quarto do casal e do bebê. Mostrando, desta forma, uma grande desigualdade, onde o quarto do casal, limpo, arrumado, com todos os móveis parecendo novos, com cortina, tapete, cômoda com espelho, e sobre esta uma cesta grande enfeitada, contendo alguns pertences do bebê, contrasta com os quartos das crianças, sujos, desarrumados, quase sem móveis e sem cortinas.

Também, na escada, os cacos de vidro expostos e as crianças de pé descalço subindo e descendo o tempo todo e Sandra não demonstrava qualquer preocupação com isso, somente mencionou que derrubou o copo por acidente e que depois limparia.

Conhecendo um pouco mais do campo ambiental de Fábio pude entender o porque dele, como também sua irmã, serem tão carentes afetivamente e extremamente agressivos e revoltados.

A infância de Fábio foi bastante sofrida e, percebo que o adolescente guarda dentro de si as imagens de tudo que aconteceu e sofre com isso. Em nenhum momento, durante nossas conversas, Fábio expôs estes acontecimentos e sempre falou de sua família como se fosse o máximo. Fábio parece ter vergonha de sua casa e de sua família, mesmo porque durante a visita manteve-se longe, como se não nos conhecesse. E parece também guardar muita mágoa de tudo que aconteceu.

Princípio da Integralidade

Meu encontro com Cláudia

Meu primeiro encontro com Cláudia aconteceu na primeira semana de estágio. Durante esta semana não tivemos contato mais íntimo, pois estava conhecendo o campo de estágio e o grupo de adolescentes.

Nas duas semanas seguintes, através da participação, junto aos adolescentes, nas atividades rotineiras do CEC, pude observar e conhecê-los um pouco mais, inclusive Cláudia.

Vi que é uma menina que demonstra inteligência, personalidade forte, independência e auto-estima elevada.

Quando iniciamos as consultas, estava previsto que todos os adolescentes seriam consultados e, que após, seria feita a seleção dos que necessitariam de maior atenção. Então, os adolescentes começaram a solicitar as consultas e, Cláudia foi um deles.

No dia 24 de abril realizei a consulta com Cláudia, porém não cogitava trabalharmos juntas, pois tinha uma opinião, de certa forma precipitada, de que Cláudia não estaria entre os adolescentes que necessitariam de maior atenção. No entanto, conversando com a enfermeira supervisora, esta propôs que realizasse o processo com Cláudia, para então certificar-me se a adolescente precisaria ou não ser trabalhada. Resolvi então, dar continuidade no processo da adolescente.

A consulta se deu no dia 24 de abril, quando Cláudia espontaneamente, escalou-se para realização desta. Inicialmente, apresentei-me à adolescente, dizendo quem eu era e o que fazia no CEC, bem como, o objetivo da consulta.

Cláudia é uma menina de 12 anos, magra e de média estatura. Seus cabelos são pretos com algumas mechas loiras, crespos, de textura grossa, na altura do ombro. Sua pele é escura com áreas bastante ressequidas. Tem olhos pretos, bastante expressivos, traços delicados e uma face séria, porém despreocupada.

A adolescente falou-me um pouco sobre seu processo vital. Disse que mora com a mãe (que é separada do pai), os avós maternos, três tias, o tio e o irmão de 2 anos. Sendo que uma de suas tias, também frequenta o CEC. Alimenta-se cinco vezes por dia; no café da manhã ingere apenas pão com margarina e às vezes com mortadela e queijo, no lanche uma fruta, no almoço arroz, salada e carne, às vezes frango, no lanche da tarde bolacha, na janta o mesmo do almoço e antes de dormir come bolacha. Refere não ter problemas para evacuar, sendo que o faz duas vezes por dia. Ingere bastante líquido como vitaminas, sucos e água, sendo que a água que consome é da torneira.

Cláudia dorme num quarto, com a tia (que também frequenta o CEC), cada uma em sua cama. Diz que, geralmente, dorme às 22h e tem um sono tranquilo. Pratica como atividade física a natação, em um clube no qual a mãe é faxineira.

Ao exame físico Cláudia apresentou pele bastante ressequida, sem lesões e/ou sujidades, mucosas (olhos e boca) hipocoradas, dentes brancos e uniformes, sem cárie, couro cabeludo íntegro e sem sujidades, orientação e lucidez e sinais vitais dentro dos parâmetros de normalidade.

Diante do exame físico realizado com a adolescente, salientei a esta, a necessidade de ingerir bastante líquido e se possível usar um creme, principalmente nos MMII, para que a pele não fique ressecada e, também para dar prioridade aos alimentos que possuem mais fonte de energia e bastante nutrientes como feijão, macarrão, carne, verduras, leite, etc.

Com relação as questões de sexualidade, a adolescente demonstrou algum conhecimento. Disse que ainda não menstruou, mas que sabe como acontece, porque teve aulas na escola. Disse também que nunca teve relação sexual, nunca foi a um ginecologista e sobre método anticoncepcional só conhece a camisinha. Falei, então à Cláudia que abordáramos melhor este assunto em oficina, que seria realizada com todos os adolescentes. Perguntei se ela gostaria de esclarecer alguma dúvida já nesta consulta, respondeu que não.

Cláudia tinha 3 anos quando os pais se separaram e não sabe o motivo. Falou que o fato de os pais serem separados não atrapalha sua vida, pois acostumou-se a conviver com esta situação e, além do mais tem a mãe e os avós que são muito bons e lhe dedicam muita atenção. Disse também que, os pais se separaram mas continuam como amigos e isso é bom.

Cláudia acha o pai “muito legal”, pois apesar de não estar junto com sua mãe, este dá a adolescente muita atenção sempre que precisa de alguma coisa e passa os finais de semana com ela. A mãe para Cláudia “é muito chata”, mas “tem dias que é legal”. Diz que a mãe a apoia bastante na escola, mas às vezes exagera, exigindo demais da adolescente.

Cláudia tem um irmão que é filho de sua mãe com outro homem. A adolescente conta que este homem namorou sua mãe por algum tempo, mas não dava certo, porque ele batia nela e além disso bebia muito. Porém sua mãe não quis se separar. Só que as coisas foram piorando, até que o namorado, segundo a adolescente, foi para uma casa que aprende a não fumar mais e, agora ele não fuma nem bebe e quer voltar para mãe de Cláudia; só que esta não sabe se quer ou não voltar. Cláudia diz que gosta muito de seu irmão e que nunca queria perdê-lo, pois é o único irmão que tem.

A adolescente fala que acha sua família “legal”. Em casa, sempre ajuda a lavar louça e roupa e arrumar a casa. Falou ainda que, em sua casa “todos são muito legais” e que é muito feliz. Com relação a si mesma diz gostar de tudo em si. Fala que gosta de brincar de esconder, de pegar e de vôlei e, tem muitos amigos “legais”, os quais trata bem, pois não quer perdê-los.

Conversamos um pouco também sobre a morte. Cláudia disse que já teve muitos parentes que morreram e, acha que quando as pessoas morrem vão para o céu, sendo que as pessoas ruins, vão para o inferno. Diz não ter sentimentos em relação a morte, somente acha que “tem que acontecer”.

A adolescente falou também que não tem religião, só às vezes, vai a igreja crente com a tia.

Cláudia disse que começou a frequentar o CEC por influência de suas amigas, que já o frequentavam. Acha o CEC bom, porque tem um monte de “recreação boa”, porém tem dias que é muito “chato”.

Quanto a escola, está na 6ª série e considera a sua segunda casa e, que nunca deixará de estudar, porque é “muito legal” e “aprende muitas coisas boas”.

Cláudia falou também que me acha muito legal, como também as outras acadêmicas e, que gostaria que ficássemos até o final do ano no CEC.

Durante o período de estágio, procurei observar e interagir harmonicamente com Cláudia. Pude perceber que é uma menina muito inteligente, de personalidade forte, descontraindo e com uma certa liderança no grupo de adolescentes. Quando decide que não quer participar de determinada atividade, não tem quem a faça mudar de opinião. É bastante crítica e não guarda o que tem para falar. Pude presenciar isso em uma situação em que Cláudia e outras adolescentes estavam apresentando um teatro. Nós estávamos filmando este teatro, quando a bateria da câmara falhou. Então fui até a sala dos educadores para trocar a bateria. Cláudia e as colegas entraram na sala para saber o que havia acontecido. Dentro da sala estava a professora de educação artística. Uma das adolescentes viu um crochê sobre a mesa e disse para a professora: “Como tu é relaxada, deixar este crochê jogado encima da mesa, depois fala da gente”; a professora agarrou-a pelo braço e disse para sentar que queria conversar seriamente com ela. Convém ressaltar que esta professora já tem uma história de não aceitação pelas crianças e adolescentes, os quais já fizeram muitas reclamações.

Quando a professora fez com que a adolescente sentasse, Cláudia e as colegas começaram a gritar, puxando a colega pelo braço. Eu e outra acadêmica procuramos tirá-las da sala para que a professora pudesse conversar com a adolescente. Porém, Cláudia e as outras saíram para fora do CEC em direção a janela da sala para escutar o que a professora falava com a colega. De repente entraram correndo e chamaram uma das educadoras, que entrou na sala e tirou a adolescente de lá, a qual estava chorando muito. Cláudia disse que ouviu a professora dizendo que a adolescente só estava no CEC para comer.

Cláudia e as colegas estavam bastante agitadas e revoltadas. A pedagoga, que estava aquele dia no CEC, propôs uma conversa entre as adolescentes e a professora. Foi nesta conversa que Cláudia manifestou-se, falando face a face com a professora, que ela era ruim, que desde que está no CEC ela “pega no seu pé” e no de algumas colegas, só porque são negras. A professora negou. Ao final da conversa a pedagoga deixou bem claro para a professora que, de forma alguma poderia agredir as crianças moralmente e muito menos fisicamente. E, que isso não acontecesse mais.

Diante disso, percebi que Cláudia, demonstrou um pouco de preconceito quanto a sua cor. Porém, só a vi demonstrando isto diante deste acontecimento e, acho que a adolescente consegue lidar facilmente com esta questão. Cláudia não é negra é sim mulata e, sua aparência demonstra uma certa vaidade. Mesmo diante do ocorrido, acho que a adolescente pode até ter algum preconceito, mas nunca demonstra. E, percebi que isso não afeta de forma significativa sua vida.

Processo Vital de Cláudia

Cláudia, primeira filha de um casal jovem, nasceu em Florianópolis, residindo até hoje nesta cidade, no bairro do Itacorubi. O período gestacional de sua mãe foi um pouco complicado, pois esta, engravidou muito nova, com 16 anos. Durante a gravidez rompeu o relacionamento com o marido, por motivos de muita briga entre o casal, sendo que teve que passar o final da gestação sem a presença do companheiro. Neste período recebeu o apoio da família e, com a qual reside até hoje.

Cláudia nasceu de parto normal, sem intercorrências. Depois de seu nascimento, a mãe reatou com o marido. Quando Cláudia estava com 3 anos, os pais separaram-se novamente, o pai saiu de casa e Cláudia ficou com a mãe, morando na casa dos avós maternos. Agora os pais vivem separados, porém mantém um relacionamento de amizade. Cláudia sempre teve um bom relacionamento com o pai, passa finais de semana com ele, o qual também frequenta sempre sua casa.

Após algum tempo, a mãe de Cláudia teve um relacionamento com outro homem, sendo que hoje tem um filho de 2 anos com ele. Durante o tempo que ficou com este homem sofreu algumas agressões físicas, mas tinha receio de se separar. Até que um dia decidiu acabar com o relacionamento, pois o namorado estava fazendo uso abusivo de álcool e drogas e, nunca mais voltou com ele.

A mãe de Cláudia trabalha fora o dia todo, como faxineira e, não fica muito tempo com a filha, somente nos finais de semana. Os avós é que permanecem mais tempo com Cláudia, sendo que, ficaram então mais responsáveis pela adolescente e por seu irmão do que a própria mãe.

Cláudia, desde criança, sempre foi uma menina difícil de se lidar. É bastante decidida e de personalidade muito forte. Porém é muito receptiva e obediente. Tem um bom relacionamento com a família; se dá bem com todos, inclusive com seu irmão de 2 anos. Começou a frequentar o CEC com 10 anos, por influência das amigas do morro. Hoje está na 6ª série do primário e considera a escola muito importante, sendo que também é muito inteligente.

Princípio da Ressonância e Helicidade

Frente a história do processo vital de Cláudia e com base no nosso curto relacionamento, percebi que a adolescente teve, desde o nascimento, interferências bastante desarmônicas. Uma delas foi a separação dos pais. Porém, Cláudia não demonstra preocupação com este fato; sempre se referindo ao pai com muito carinho. Nas conversas que tive com a adolescente, esta nunca tocou no assunto da separação dos pais como um problema; por este fato considereei uma interferência pouco dissonante, pois acredito que, mesmo que a adolescente não demonstre que exista esta disritmia em sua vida, em algum momento ou situação, poderá perceber que ter os pais separados pode interferir, de alguma forma, no seu processo vital. Penso, portanto que, esta interferência poderia ser melhor trabalhada junto a adolescente e família com probabilidade total de evolução de seu processo vital.

Outro fato que pode estar levando a situações desarmônicas na vida de Cláudia é a relação da mãe com o namorado. A adolescente presenciou as agressões sofridas pela mãe, bem como, as atitudes desequilibradas do namorado. E, agora que este melhorou, quer voltar para mãe de Cláudia, porém esta não sabe o que fazer. Esta interferência dissonante, de certa forma, está preocupando a adolescente, pois a indecisão da mãe leva-a acreditar que pode haver o reatamento do namoro, e a mãe pode correr o risco de novamente sofrer agressões morais e físicas. Portanto, se este fato for trabalhado juntamente a adolescente e a mãe, tem probabilidade quase total de evolução de seu processo vital.

Percebi também, através de conversas com a adolescente e com a mãe, que Cláudia tem um relacionamento satisfatório com o pai, sendo portanto, uma interferência quase harmônica em seu processo vital, requerendo, desta forma, uma intervenção junto à adolescente e os pais, que previna as relações desarmônicas, com probabilidade total de evolução do processo vital da adolescente.

Outra interferência quase harmônica no processo vital de Cláudia é a sua relação com a escola. A adolescente, em nossas conversas, sempre se referiu aos estudos como algo de extrema importância em sua vida. Sendo que também, foi referida pela mãe como uma menina muito inteligente. A mãe de Cláudia a apoia muito neste aspecto e, isto é um fator positivo para que a adolescente também sinta a importância da escola. Esta interferência requer o planejamento de metas e objetivos para a prevenção das relações desarmônicas, com probabilidade total de evolução no seu processo vital.

Cláudia demonstrou, durante uma de nossas conversas, algum conhecimento sobre a adolescência e sexualidade, no entanto, verbalizou que tinha algumas dúvidas, mais com relação à métodos anticoncepcionais e gravidez. Esta é portanto, uma interferência pouco dissonante, que se trabalhada junto à adolescente, tem probabilidade quase total de evolução de seu processo vital.

Intervenção

Com base no princípio da ressonância e helicidade, pude perceber que a maioria das intervenções necessárias para repadronização do processo vital de Cláudia, deveriam ser elaboradas através de metas e objetivos para curto e longo prazo e, juntamente com a família. Porém o período de estágio não proporcionou tempo suficiente para estas intervenções, além da dificuldade de realização da visita domiciliar, devido a ausência da mãe da adolescente em casa.

Convém ressaltar que, durante todo o transcorrer do estágio, procurei intervir junto a adolescente nas situações em que achava importante e necessária a minha intervenção.

No que se refere a interferência pouco dissonante relacionada às dúvidas da adolescente sobre sexualidade e adolescência, intervi juntamente com as outras acadêmicas, através de oficinas que abordavam este tema; procurando esclarecer as dúvidas de Cláudia e dos outros adolescentes. Esta intervenção possibilitou aos adolescentes conhecerem mais e melhor sobre si próprios e, teve uma boa aceitação por parte destes, que ficaram envolvidos e concentrados durante toda a oficina.

Com relação a interação entre Cláudia e a escola, procurei reforçar sempre, durante nossas conversas, a importância da escola na repadronização de seu processo vital e, para que ela continuasse a ver a escola como sua segunda casa e de extrema importância em sua vida.

Avaliação

Diante do exposto nos três princípios deste processo, penso que, nas poucas intervenções que fiz, provoquei de certa forma, alguma mudança no processo vital de Cláudia. Porém, o curto período de estágio foi insuficiente para se trabalhar melhor os adolescentes, juntamente com suas famílias. Acho que, proporcionar mudanças numa pessoa a curto prazo é muito difícil. Por isso vejo que a minha interação com Cláudia foi bastante harmônica e com um certo envolvimento, o que fez com que a adolescente solitasse que ficassemos no CEC até o final do ano. Por este fato, avalio que, através das várias intervenções que fizemos, proporcionamos algumas mudanças nestes adolescentes, inclusive em Cláudia, pois de nada valeria todo este esforço se não trouxesse resultados e, estes foram aparecendo durante o decorrer do estágio nas pequenas atitudes dos adolescentes, educadores e de nós mesmas.

E, acredito que a minha relação com Cláudia, bem como com os outros adolescentes, atingiu o objetivo proposto na Teoria de Rogers, onde as mudanças ocorreram não somente nos adolescentes, mas também em mim mesma e, esta foi para mim uma experiência bastante produtiva e interessante.

Visita Domiciliar

Para esta visita domiciliar foram acrescentados alguns objetivos:

- Identificar o local e condições de moradia da adolescente.
- Identificar a família da adolescente.
- Identificar disritmias que possam estar presentes.
- Identificar como se dá a relação família/adolescente.
- Conversar com a mãe sobre o processo vital da adolescente.

Registro da Visita Domiciliar

Fomos recebidas pela mãe de Cláudia, Soraia. Explicamos quem éramos, o que fazíamos no CEC e o objetivo da visita.

Soraia convidou-nos para entrar e sentar. Perguntei a ela se poderia nos contar um pouco da história de Cláudia, desde a gestação. Soraia falou que teve uma gravidez complicada, pois engravidou muito nova, com 16 anos e, durante a gravidez o

relacionamento com o marido não deu certo e eles se separaram, sendo que Soraia teve que passar o final da gestação sem a presença do marido, porém recebeu o apoio da família, com a qual reside até hoje.

Cláudia nasceu de parto normal, sem intercorrências. Depois de seu nascimento, Soraia voltou com o marido. Quando Cláudia estava com 3 anos, separaram-se novamente, sendo que este continua frequentando a casa de Soraia e sua família como um amigo e tem uma boa relação com Cláudia. Depois da separação Soraia teve um outro relacionamento, do qual teve um filho, que agora tem 2 anos. Porém o homem com quem estava se relacionando (não referiu o nome) era alcoolista, usava drogas e agredia fisicamente Soraia. Com o tempo as coisas foram piorando e Soraia resolveu se separar dele e, até hoje não reatou o relacionamento, mesmo com o pedido deste.

Soraia fala também que, Cláudia sempre foi uma criança difícil de se lidar, tem personalidade muito forte, mas que é bastante receptiva e obediente. Disse ainda que, passa pouco tempo com a filha, pois trabalha o dia todo, como faxineira, e quando chega em casa à noite, Cláudia já está dormindo. A avó, mãe de Soraia, é que permanece mais tempo com Cláudia e qualquer coisa que aconteça com a adolescente é a avó que resolve.

Soraia elogiou muito a filha, disse que acha que Cláudia ainda vai dar muito orgulho para a família, pois é uma menina bastante inteligente e, de certa forma, independente.

Soraia fala que Cláudia se dá muito bem com o pai e gosta muito dele, sendo que, além deste visitá-la, a adolescente passa alguns finais de semana em sua casa. Fala ainda que, Cláudia se dá bem com todos da família, inclusive com seu irmão, ajuda sempre que pode e gosta muito de trazer coisas que ganha (alimentos, roupas...) para casa para repartir com os familiares e, que não tem problemas com a filha.

Disse também que, Cláudia ficou sabendo da existência do CEC, através das amigas do morro, que já o frequentavam e pediu para a mãe se podia frequentá-lo. Soraia diz que achou uma boa idéia, pois trabalha o dia todo e a avó não dá conta sozinha de cuidar da casa e dos dois netos. Frequentando o CEC, Cláudia não fica “à toa pela rua, aprendendo besteira”. Disse ainda que, não tem tempo de ajudar Cláudia nos deveres da escola e, no CEC é bom porque ela já faz os deveres, recebe café da manhã e almoça; diminuindo, desta forma, a sobrecarga da avó.

Cláudia mora numa casa mista (material e madeira), pequena, pintada, com sala, cozinha, banheiro e cinco quartos pequenos. A casa estava limpa e bem arrumada e, apesar de ser pequena é bem estruturada. Sendo que, Soraia mostrou-nos toda a casa sem receio.

Soraia foi bastante receptiva, parecia esta à vontade com nossa presença e falava com muita espontaneidade. Porém, aparentava estar um pouco impaciente, olhando no relógio a toda hora, dizendo que só estava esperando a mãe chegar para poder ir para o serviço. O irmão de Cláudia, estava brincando, encima do tapete da sala, estava limpo e bem arrumado.

Pude perceber que Soraia demonstrava muita segurança naquilo que falava, fixando o olhar e gesticulando sempre com as mãos. Senti que é uma pessoa bastante batalhadora. Pelas suas palavras, Soraia importa-se muito com seu trabalho, com

melhores condições de vida e com os estudos da filha, sendo que, a todo momento, repetia que achava a filha muito inteligente e que sempre que pode ajuda nos deveres.

Apesar de Soraia ser separada, em nenhum momento, falou alguma coisa contra o marido, pelo contrário, referiu-se à ele como uma pessoa boa e importante na vida da filha.

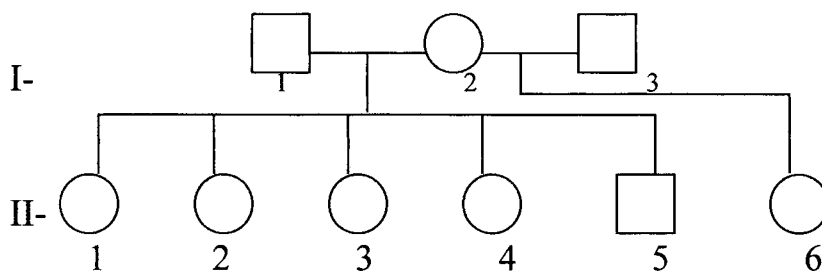
Conhecendo Soraia percebi que Cláudia tem muita semelhança com a mãe, com seu jeito de agir, de falar e também fisicamente. Esta visita só veio a confirmar a minha opinião de que, apesar de Cláudia ser filha de pais separados, recebe muito afeto e carinho da mãe, dos avós e das tias, os quais demonstram uma real preocupação com a adolescente.

Meu encontro com Emília

Meu primeiro encontro com Emília deu-se quase ao final do estágio pois foi somente nesta altura que conseguimos um patamar satisfatório de entrosamento com a turma da tarde. Sem falar no fato de que havíamos agendado duas consultas nas quais Emília não compareceu ao CEC.

Como nas outras consultas organizei a sala colocando o tapete e as almofadas no chão. Ao entrar na sala Emília recusou-se a sentar-se no chão dizendo: *“Nunca vi consulta feita na chão”*. Sentamo-nos então na mesa, lado a lado.

Comecei perguntando a Emília seus dados de identificação. Disse-me seu nome completo, o nome dos pais, do padrasto e das irmãs, ajudando me a desenhar seu heredograma:



- I - 1. Décio. Não soube informar a idade.
2. Catarina. Não soube informar a idade.
3. Raul, 22 anos.

- II - 1. Juraci, 18 anos.
2. Soeli, 16 anos.
3. Norma, 15 anos.

4. Emília, 13 anos.
5. Gustavo, 10 anos.
6. Melissa, 06 meses.

Emília começou me falando que estuda na segunda série e que já repetiu umas cinco vezes porque é “ *meia burra mesmo*”. Perguntei quem havia lhe dito que era burra e ela me respondeu que a mãe dela sempre lhe diz que ela nunca vai ser uma mulher normal porque teve meningite quando era pequena e ficou “*meia lelé*”. Disse-lhe que isso não era indicativo de absolutamente nada e que ela tinha demonstrado durante a nossa convivência ser uma adolescente muito criativa. Ela não prestou muita atenção ao meu comentário e continuou falando sobre sua família.

Enquanto falava, Emília não olhava para mim em nenhum momento. Olhava para frente e torcia as mãos. A cada início de frase respirava profundamente e falava até terminar o ar.

Disse-me que não gosta da irmã Norma pois ela já tentou matá-la várias vezes. Relatou que seu padrasto é como um pai para ela e que é mentira quando Norma diz que ele mexe com ela (Emília). Houve até uma vez que o SOS Criança foi chamado por Norma para averiguar este fato só que quando os técnicos chegaram ela (Emília) desmentiu tudo e Norma ficou com “*cara de tacho*”.

Perguntei de seu pai. Disse-me que ele mora na Barra da Lagoa, que de vez em quando vai visitá-lo mas que ultimamente não o tem visto. Indaguei sobre o tempo que seus pais estavam separados. Ela respondeu que eles se separaram duas vezes. A primeira foi quando ela tinha três anos; quando tinha sete o pai retornou e voltou a ir embora quando tinha dez anos. Agora estava tranquila porque o Raul estava substituindo seu pai.

Disse que sua mãe não gostava dela e que até pensou que fosse filha de outra mulher porque todas as suas outras irmãs são bem tratadas, menos ela. Falou que quando era pequena ficava “*mijada*” bastante tempo e a mãe nem se importava; disse também que um dia estava com muita sede e pediu água para a mãe, sendo que recebeu água fervendo da chaleira o que provocou queimaduras em sua garganta.

Emília falava muito rápido e não permitia que eu fizesse intervenções. “*Quero falar tudo o que eu quiser, depois você me consulta*”.

Continuou dizendo que odeia a irmã Norma e que foi só por causa dela e da mãe que ela começou a namorar com dez anos, “*só pra dar na cara delas*”.

Questionei se havia tido muitos namorados. Falou que teve quatro mas que só levou um “*a sério*”. Perguntei o que era “*levar a sério*”. Disse que levar a sério era “*transar*”. Indaguei se ainda mantinha relações sexuais. Disse-me que sim mas que toma cuidado porque o namorado (de quinze anos) “*gosta de tudo certinho*”. Perguntei o que era “*tomar cuidado*” e ela me respondeu que era “*usar camisinha, oras*” mas que achava que estava grávida porque sua menstruação não vinha há quase dois **anos**. Achei estranha esta colocação e perguntei com quantos anos tinha ocorrido sua primeira menstruação, sendo que ela me disse que havia sido com onze anos e que desde então nunca mais havia menstruado. Perguntei se ela sabia como ocorria a menstruação e ela me disse que não. Então, peguei um álbum seriado que tinha muitos desenhos sobre aparelho genital masculino e feminino, ovulação e métodos anticoncepcionais e conversamos por mais de meia hora sobre menstruação, gravidez e métodos anticoncepcionais.

Após esta conversa, entretanto, Emília voltou a falar na irmã, dizendo que ela tranca a porta do quarto e não a deixa entrar. Perguntei o que sua mãe e o seu padrasto faziam. Ela disse que a mãe nem liga e que já deixou que ela dormisse em um sofá na varanda; o padrasto faz Norma abrir a porta e manda que ela (Emília) entre para dormir na sua cama. Continuou dizendo que Norma já roubou dois empregos dela, um no Santa Mônica onde trabalhou dez meses; Norma fez tanta fofoca que a patroa a mandou embora e contratou a irmã para trabalhar na casa. Foi neste período (quando tinha dez anos) que se mudou para o Paraná onde trabalhou quebrando milho.

As informações eram desencontradas e, por mais que eu tentasse confrontar os fatos Emília voltava a misturá-los, ficando impossível ordená-los cronologicamente, até mesmo averiguar a veracidade deles.

Pedi para que me falasse sobre a escola. Disse-me que a escola é ruim, os guris roubam suas coisas e a “galinha” da professora não faz nada, só maltrata quem não pode se defender. Falou que se dependesse dela não iria mais à escola, mas que sua mãe a obriga a ir.

Perguntei o que ela gostava de fazer. Disse-me que gosta de ler sobre drogas de brincar e de sair, mas que a mãe não a deixa ficar muito tempo fora de casa, senão já chama o SOS Criança para recolhê-la. *“ela fica me azucrinando por causa do meu namorado em vez de me levar pro médico pra ver o que é esta coisa amarela e fedida que sai de dentro de mim. Eu sei que o meu útero está inflamado porque eu sinto dor na minha barriga.”*

Indaguei se já havia feito algum exame ginecológico. Falou que sim mais que nunca mais iria fazer porque doia muito e que ela ficou machucada quando fez a última vez. Perguntei se ela iria comigo, se eu realizasse o exame nela. Ela questionou se eu podia fazer isso. Disse - lhe

que sim, era só conversar no CSII que não teria problema. Ela então, aceitou que fosse marcada a consulta.

Neste momento, interrompeu o atendimento dizendo simplesmente *“agora tenho que ir. Escuta, tu não vai falar nada disso que eu te falei pra minha mãe, né, senão ela me mata a pau”*. Respondi que tudo o que havia se passado na consulta era segredo nosso, que no meu trabalho o anonimato dela seria preservado e que na visita que faria na sua casa iria perguntar só coisas relacionadas a sua infância e ao seu período gestacional. Disse-me *“ah! Bom”*, deu as costas, saiu pulando e gritando o nome de um dos colegas de grupo.

A consulta foi marcada para o dia onze de junho com acompanhamento da Professora Denise Pires da quarta fase do curso de graduação em enfermagem. Avisei a Emília desta data e fui ao CEC neste dia esperar por ela. Entretanto aguardei até às 10:30 horas e ela não apareceu, sendo que, também faltou as atividades da tarde na instituição.

Num segundo encontro, ocorrido durante as atividades desenvolvidas no dia doze pela educadora da sua turma perguntei o que havia acontecido para ela não ter ido à consulta. Disse-me que sua mãe havia dito que ela não devia faltar à aula (a consulta foi marcada no período que Emília vai ao colégio) pois ela já era muito burra pra ficar faltando aula à toa. Disse-lhe que no meu entendimento, esta consulta era importante para ela e que se ela quisesse eu conversaria com a mãe dela sobre isso. Ela me falou que eu podia fazer o que eu achasse que era melhor e que para conversar com a mãe dela só indo na sua casa pois a mãe não viria ao CEC. Disse que não teria problema pois já havia me programado para tal. Pedi quando poderia encontrar sua mãe em casa e ela me respondeu que no final da tarde, pelas 17:00 horas ela já teria voltado do serviço. Solicitei, então que ela me esperasse que no outro dia eu iria.

Visita domiciliar

No dia marcado subi o Morro do Quilombo para conversar com Catarina. Fui recebida por ela na rua, em frente à casa. Perguntou-me se eu era a enfermeira que queria consultar a filha dela. Disse-lhe que era estudante do último período de enfermagem e que gostaria de conhecer melhor Emília para, talvez poder ser útil em alguma coisa. Ela, então me disse: *“Não quero ninguém metido na minha casa, já não basta os rolos com o SOS Criança.”* Esclareci que meu trabalho não tinha nada a ver com o SOS, pois estava veiculado à questões de saúde. Mesmo assim ela não aceitou minha presença. Fiquei com medo de que acontecesse alguma coisa que afetasse minha integridade física. Pela forma com que Catarina olhava-me me senti ameaçada e por achar desnecessário insistir, fui embora

Meu contato com outras pessoas do campo ambiental de Emília

Frente aos dados preocupantes obtidos na consulta de enfermagem e na visita domiciliar resolvi colher algumas informações acerca do processo vital de Emília junto aos educadores do CEC.

Informaram-me que Emília tem uma estrutura familiar complicada e que o CEC sempre vem tentando manter contato com a mãe dela, quer em reunião de pais, quer solicitando sua presença através de bilhetes, sem obter sucesso.

ANEXOS

ANEXO 1

PROJETO DO CEC

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS
SECRETARIA DA SAÚDE E DESENVOLVIMENTO SOCIAL
DIVISÃO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

PROJETO: EDUCAÇÃO COMPLEMENTAR PARA CRIANÇAS E
ADOLESCENTES, NAS COMUNIDADES - CECS

OUTUBRO - 1996

I - APRESENTAÇÃO

A Secretaria de Saúde e Desenvolvimento Social, através da Divisão da Criança e do Adolescente, é responsável pela gestão de programas e projetos sociais de atendimento e defesa à população infanto-juvenil carente e em situação de risco pessoal e social.

Destacamos aqui o Programa de Educação Complementar, de caráter preventivo, desenvolvido na própria comunidade dirigido às crianças e aos adolescentes na faixa etária de 07 à 18 anos incompletos, no período extra-escolar, oriundas de famílias de baixa renda.

Atualmente existem três (03) Centros de Educação Complementar (CECs), distribuídos nas comunidades de Itacorubi, Parque da Figueira e Costeira do Pirajubaé, onde são realizadas atividades sócio-educativas, nas áreas de: saúde, cultura, esporte, lazer, arte-educação e pedagogia.

A proposta de atendimento visa oportunizar experiências positivas que estimulem a criança e o adolescente à expressão, à criatividade, à reflexão, à participação e integração grupal, com atenção às individualidades e ao desenvolvimento diferenciado, baseando-se as ações pedagógicas no contexto familiar e social em que estão inseridas.

A dinâmica Social, bem como a implantação do E.C., leva-nos a um constante repensar da prática, marcando a história dos Cecos, antes chamados de Sebes (Centros de bem-estar do Menor) e, pautando o presente projeto, onde redimensionamos a proposta sócio-psico-pedagógica para a construção participativa do fazer cotidiano.

II - OBJETIVOS

GERAIS:

- Desencadear um processo de resgate e construção de cidadania, possibilitando a cada pessoa uma leitura e intervenção na sua realidade social;
- Oportunizar espaço de convivência sócio-educativo para crianças e adolescentes, dentro das próprias comunidades, buscando a prevenção da marginalização.

ESPECÍFICOS:

- Desenvolver o processo sócio-pedagógico entre educadores e educandos de forma participativa;
- Prestar atendimento psicossocial às crianças e aos adolescentes do Projeto, bem como às suas famílias;
- Promover a integração e articulação do CEC com as escolas e outras instituições que atendem à comunidade;
- Enfatizar o desenvolvimento da criança em todos os seus aspectos: cognitivo, afetivo e social.
- Criar espaços de reflexão para os educadores aprofundarem a consciência de seu papel social;
- Propor mecanismos que facilitem a integração entre o CEC e a família dos educandos;
- Proporcionar às famílias uma reflexão sobre temas educativos abrangentes;
- Oferecer alimentação dentro dos padrões básicos de equilíbrio nutricional;
- Possibilitar a prevenção quanto às questões básicas de saúde;
- Acompanhar as famílias em situação de crise, oriundas da comunidade;

III - JUSTIFICATIVA

A política, a economia e a estrutura social, historicamente adotadas no Brasil, provocaram um processo de recessão, desemprego, concentração de renda e degradação social de pessoas e famílias, em função das condições de vida, trabalho, renda e do êxodo rural.

As últimas duas décadas alteraram a estrutura da cidade de Florianópolis, em consequência da exploração turística, sendo que muitos dos nativos foram obrigados a

vender suas pequenas propriedades, buscando as áreas centrais como nova opção de trabalho e sobrevivência.

A cidade também, como capital do Estado, vivencia um constante fluxo migratório, em sua grande maioria do interior do Estado, em busca de melhores condições de vida.

“Porém, com a exigência de qualificação de mão-de-obra, com o mercado de trabalho restrito, com déficit habitacional e sem infra-estrutura suficiente para absorver este contingente populacional, Florianópolis não apresenta as mínimas condições para proporcionar a estes indivíduos, uma mudança qualitativa de vida”. (Projeto Casa da Liberdade).

Há uma grande carência de políticas sociais, essencialmente, habitação, saúde, educação...gerando bolsões de pobreza, onde a criança e o adolescente muitas vezes são as únicas alternativas de renda familiar, possibilitando o encontro destes com a rua, e consequentemente com as drogas, a prostituição, a marginalidade, o abandono e outros tipos de violência.

Esse quadro de exclusão da criança e do adolescente, agrava-se ainda mais em consequência do aumento de famílias matrifocais, como também a necessidade da inserção da mulher no mercado de trabalho. Um outro agravante, é que os pais com a desqualificação profissional, submetem-se ao subemprego (biscates), não tendo renda mínima para suprir suas necessidades.

O CEC surge como uma política de prevenção à marginalidade - tentando evitar a fomentação de crianças e adolescentes nas ruas do centro da cidade - criando oportunidades e espaços na própria comunidade, para estes e suas famílias desenvolverem o processo de construção e resgate da cidadania.

Este Projeto vem, portanto reformular e redimensionar a proposta inicial dos Centros de Educação Complementar, em função do quadro apresentado acima, da atual compreensão do trabalho sócio-educativo e da reestruturação do quadro funcional da Divisão da Criança e do Adolescente.

IV - PRESSUPOSTOS BÁSICOS

A humanidade, ao longo de sua história, passou por várias experiências e vivência de gritantes contrastes: econômicos, fundiários, intelectuais e políticos, desde a escassez completa à opulência, do luxo à insalubridade, da extrema ignorância à concentração de informações, da submissão humilhante ao abuso de poder.

O desenvolvimento dos povos é medido por cifras, embora as estatísticas demonstrem que a maior parte da população está excluída do usufruto daquilo que ela mesma constrói. Essa escalada em busca do domínio completo da natureza em benefício do conforto, privilegia a razão em detrimento da criatividade, investe no materialismo em detrimento do humanismo: o que vale é o desenvolvimento econômico, não importando quem o acompanha.

Ninguém pediu que o mundo fosse assim, mas a população sem dúvida participa da manutenção deste estado de coisas, na medida em que o aceita passivamente, por exemplo: crianças dormindo na rua, são fatos que fazem parte da “normalidade” da vida. A sociedade prossegue seu afazer cotidiano, num consentimento tácito, cada “cidadão” cuidando de sua própria vida. Uma vez que a sociedade estimula o individualismo, a maioria da população possui uma concepção ingênua de como o mundo “funciona”, desconhecendo as relações institucionais e não conseguindo formar uma visão da sucessão histórica.

Embora numa sociedade travem-se, simultaneamente, múltiplas relações (religiosas, comerciais, familiares, etc.), o que a sustenta é sua organização política, ou seja, o conjunto de tudo aquilo que diz respeito aos cidadãos e ao governo da cidade (polis).

A política trata de tudo aquilo que é público, de tudo que é do interesse coletivo, porém as instituições políticas vêm sofrendo um contínuo enfraquecimento devido ao distanciamento dos cidadãos, em relação a elas; na sociedade liberal, estando o interesse individual acima do interesse geral, cada cidadão se omite da participação política, deixando as instituições públicas - que deveriam ser a garantia da liberdade e da justiça - a mercê do conflito de grupos de interesse: a história tem demonstrado o resultado deste conflito.

O resultado deste conflito compõe um estado de miséria, de ignorância, de doença, de discriminação, de exclusão e de violência social. Entendemos que a superação deste estado de diferenças sócio-econômico-culturais, só pode dar-se com o fortalecimento da cidadania,

ou seja, os problemas sociais só vão ser superados se a própria sociedade se mobilizar para tal fim, através da participação de cada indivíduo na condução dos negócios públicos, através do efetivo e autêntico exercício da cidadania (civil: cidadão, vida política, política).

O cidadão é aquele que, mais do que votar e fazer compras, para além dos problemas localizados e cotidianos, participa com interesse e conhecimento dos destinos maiores de sua comunidade. As leis que regem as sociedades, bem como os valores que lhe são correlatos, não são estabelecidas ao léu, mas atendem as vontades e interesses de quem as confecciona. Elas são expressão de um projeto de sociedade, direcionam a sociedade para a concretização deste projeto.

A cidadania entendida como estado de pleno gozo dos direitos e cumprimento dos deveres estabelecidos pela comunidade (Legrand) é pois, um estado em que o indivíduo tenha condições - liberdade e igualdade - de decidir de forma consciente e responsável, pela sua vida e a de seu povo. Este estado não existe.

Se não existe cidadania, não existe o cidadão (pelo menos enquanto houver força capaz de conduzir a sociedade). O cidadão precisa ser criado, e não pode sê-lo pela intervenção de sua força transcendente, tampouco por meio de vacinação. O cidadão é formado pelo processo educativo, o que fundamenta a existência de programas assistenciais, como dos Centros de Educação Complementar (CEC).

Instituições com programas educativos, na perspectiva de construção da cidadania, que valorizem a opinião de cada um, que possibilitem o livre exercício de idéias, que instiguem a participação de todos, confiando na seriedade e na responsabilidade de seus participantes, enfim, que se construam através da liberdade, instituições assim - que façam vivenciar a democracia e a cidadania - precisam ser construídas e apoiadas

Programas assim, educarão seus participantes pela prática. Através do exercício da democracia, os indivíduos aprenderão a valorizá-la e a desejá-la para os outros meios em que atuam. Somente através da vivência democrática, um indivíduo ascende a condição de cidadão; somente tendo vivido esta experiência, alguém pode então compreender o que seja a cidadania e a desejá-la também para os outros, reproduzindo-a através do seu comportamento, da defesa de suas idéias e da educação de seus descendentes. Somente enquanto cidadão o indivíduo ascende à condição de sujeito, um ser cômico de seu lugar no mundo, que sabe se localizar em relação aos demais e com possibilidade de defender seu

ponto de vista e de responder pelos seus atos e escolhas. É essa a educação para a vida que deve orientar o funcionamento do Centro de Educação Complementar (CEC). A vida de um ser humano se dá em comunhão com os demais, e essa comunhão deve ultrapassar a divisão do trabalho, penetrando até o compartimento do saber acumulado historicamente pela humanidade, promovendo a distribuição dos bens e a diluição do poder.

Atualmente é à escola que se atribui o papel de preparar o ser humano para a vida. Assim convencidos, até os pais deixam de acompanhar o desenvolvimento das crianças. Um ser humano desde o seu nascimento recebe educação, e desse processo participam não só a escola ou a família, mas totalidade das relações estabelecidas durante a vida. Todos esses relacionamentos imprimem ao indivíduo, uma formação social. Com o desinteresse dos pais (quando esses existem) pela educação dos filhos e com o baixo aproveitamento escolar (um dos motivos da evasão), agravado pelas experiências, individualismo, superficialidades, etc.), as crianças acabam por formar uma índole qualificável, pelo menos de “problemática” para a convivência em comunidade. Despreocupada com a sua própria condição pessoal, social, física e intelectual, sem saber o que é afeto, afastada das observações morais - que acabam as vezes por levá-la à marginalidade -, exposta às más condições de higiene, sem atendimento de saúde, mal alimentada e mal vestida, às vezes completamente abandonada, está aí a criança que, estando em situação de risco pessoal e social e tendo comprometida sua própria felicidade, precisa de uma educação integral.

As crianças que freqüentam o CEC, não podem ser tratadas de modo homogêneo, pois cada uma possui a sua própria história, com tendências, motivações, interesses, dificuldades e problemas pessoais, familiares e comunitários próprios. Necessitam de um acompanhamento, o mais individualizado possível, só o que possibilitará atingir seus objetivos de educação integral. Uma criança que se encontra em tais condições, precisa de um tratamento personalizado, através de auxílio interessado e principalmente de muito diálogo.

Essa educação integral deve ser entendida não apenas como um processo de estímulo e de vivências, de modo a recuperar as noções e valores perdidos ou não adquiridos durante a vida; essas crianças precisam compreender sua condição de educando integral; e autônoma e livre. Dentro deste processo, a criança vivência - entra em contato com prática, experiência - o que não teve ou deixou de ter no decorrer da vida: o cuidado com o corpo e com a

mente, consigo próprio e com o próximo. Noções de higiene e de saúde, bem como da correta alimentação, são aqui fundamentais. Mas é mais importante ainda que a criança adquira a vontade de aprender e de conhecer o mundo.

A educação integral deve preparar a criança para o exercício da cidadania. Somente com o fortalecimento democrático, a sociedade poderá ter chances de promover a justiça social e de não precisar mais organizar e implantar políticas compensatórias. Se é preciso, como defendemos, que nossa sociedade erradique a opressão, a miséria, a ignorância, a violência, o CEC deve ter por princípio educar - formar - seres humanos que construam uma sociedade diferente desta. A preparação para a vida cidadã, se dá praticando a cidadania na própria instituição, através da criação de mecanismos que façam as crianças sentirem seu valor e sua importância, promovendo para tanto, atividades onde as crianças sejam chamadas a participar.

Os meninos e as meninas do CEC, precisam sentir prazer em frequentar um lugar no mundo onde não haja a ameaça, a chantagem, a disputa, a perseguição e a humilhação. Se o objetivo é uma sociedade sem a violência gratuita, suas atividades precisam ser geradoras de solidariedade e promotoras da troca de afeto. Nenhum espaço se constrói sem que cada um de seus participantes sinta-se seguro em relação aos demais; um grupo que almeja construir-se enquanto unido e solidário, deve pautar-se por princípios de respeito, de sinceridade e de bem querer mútuos, princípios estes regedores das relações de amizade. A amizade acima das diferenças, é um dos ideais humanitários mais antigos e também mais esquecidos; ações voltadas para o fortalecimento dos laços de amizade, longe de ser uma proposta romântica, é acreditar que o ser humano não constrói apenas tirania e sofrimento. Inserem-se também, para a ampliação do sentido de solidariedade, discussões e vivências que trabalhem valores arcaicos, como a institucionalização dos papéis do homem e da mulher e que superem todas as formas de discriminação, de segregação e de intolerância (xenofobia, racismo, preconceito com homossexuais, etc).

Este é o CEC, um lugar que visa o desenvolvimento da pessoa humana em todos os sentidos. Preocupado com a educação integral da criança, permitindo a ela vivências não oportunizadas em outras relações sociais - família, escola, clube, esportes, trabalho, ... - e instigando-os a desejarem para essas outras relações, os mesmos princípios. Mas o CEC não

quer e não pode assumir sozinho, a tarefa de uma “educação total” ; ele deve atuar conjuntamente com as outras instâncias de educação, formal ou não.

Neste sentido, o CEC “no próprio nome, (...) reafirma a centralidade da ação educacional da escola, pretendendo enriquecê-la e completá-la por outras ações (CENPEC). O CEC responsabiliza a escola formal, pela alfabetização e pelos demais conhecimentos sócio-culturais, e para tanto procura desenvolver atividades em parceria com as escolas freqüentadas pelas suas crianças, buscando trabalhar em conjunto na sua formação. O mesmo vale para a família, a qual é responsável pela criança, e o CEC promovendo a orientação e aconselhamento, vem buscar o fortalecimento das relações familiares e da vivência da cidadania.

São esses os elementos principais nos quais se fundamenta a existência do Centro de Educação Complementar. Um programa que estende seus horizontes para além da assistência, fornecendo elementos que possibilite às crianças, um desenvolvimento digno para atingir a vida adulta como seres com capacidade de compreensão, tanto para si próprios, quanto dos fenômenos sociais, seres emancipados e críticos da realidade, que conseguem orientar-se no mundo, de forma suficientemente autônoma, para decidir acerca dele, pela sua manutenção ou sua transformação.

V - METODOLOGIA

Compreendendo a realidade de forma dinâmica, os sujeitos envolvidos no processo de trabalho, devem participar construindo a proposta sócio-educativa a ser desenvolvida no Projeto.

Dessa forma, um dos princípios básicos é o conhecimento e integração na realidade na qual o Projeto está inserido. Para tanto, ‘é necessário o conhecimento da comunidade, sua forma de organização, tipos de equipamentos coletivos, bem como cada família e cada criança nas suas particularidades.

A partir deste conhecimento, poderemos vislumbrar o quadro social, cultural, econômico e político, e assim, garantir a construção de um trabalho que venha atender as reais necessidades da clientela.

O envolvimento da família e da comunidade nas atividades e decisões do Projeto é fundamental, pois desta forma poderemos estabelecer relações de parceira para a execução de atividades mais efetivas e eficazes.

A construção coletiva do trabalho deve se basear, também, nos interesses percebidos a partir das atividades diárias desenvolvidas com as crianças e adolescentes do Projeto, sendo estes interesses, o ponto de partida para o planejamento do educador..

O apoio pedagógico deve ser o eixo principal de todo o trabalho dos CECs, desenvolvendo atividades diferenciadas da escola, mas fortalecendo-a, através da priorização de atividades lúdicas e recreativas, facilitando a compreensão pelos educandos, dos conteúdos escolares.

Conforme Madalena Freire “o planejamento das atividades se faz e se refaz, dinamicamente na prática, juntamente com ... as crianças”. (Freire-1993,77). O educador tem o papel de “organizador, no sentido, porém, de quem observa, colhe os dados, trabalha em cima deles, com total respeito aos educandos que não podem ser puros objetos da ação do professor”(Freire - 1993,21).

Neste sentido, o planejamento será cada vez mais enriquecido na medida que se estabeleça um vínculo de afetividade e segurança entre educadores e educandos.

Concluindo, todas as ações devem respeitar a construção individual e coletiva, entre educador, educandos, família e comunidade, numa perspectiva de práxis-ação-reflexão-ação.

VI - OPERACIONALIZAÇÃO

01 - CLIENTELA

- Crianças de 07 à 12 anos, com atendimento integral.
- Adolescentes de 13 à 18 anos incompletos, com atendimento semanal em forma de grupos de convivência.

02 - HORÁRIO DE ATENDIMENTO:

Os CECs funcionarão das 08:00 às 18:00h, ininterruptamente.

a) - Crianças (07 aos 12 anos):

Os horários das turmas serão organizados de acordo com a realidade de cada CEC, obedecendo o tempo mínimo de 03:30 horas por turno, dividido em três momentos, sendo: auxílio às tarefas escolares (máximo de 45 minutos) e atividades de apoio pedagógico e atividades específicas (esportivas, artísticas e recreativas).

b) - Adolescentes (13 à 18 anos):

Os grupos de adolescentes funcionarão de acordo com a disponibilidade de recursos humanos e materiais de cada local.

03 - CRITÉRIOS PARA ADMISSÃO NOS CECs

- Prioridade às famílias de baixa renda.
- Mães que exerçam atividades remuneradas.
- Crianças matriculadas no ensino formal.

04 - FORMAÇÃO DE TURMAS

- Mínimo de 15 e máximo de 20 crianças, de acordo com a realidade de cada local.

05 - SERVIÇOS E ATIVIDADES OFERECIDAS DIARIAMENTE

- 04 Refeições: almoço, janta e 02 lanches.
- Atividades pedagógicas, educativas, esportivas, recreativas, culturais, habilidades manuais e artísticas.
- Atividades de higiene pessoal.
- Auxílio às tarefas escolares (educador que acompanha a turma).

- Apoio pedagógico, trabalhando, mais efetivamente os conteúdos poucos assimilados, na Escola Formal..
- Atividades especiais de alfabetização e dificuldade de aprendizagem.
- Atendimento aos pais e comunidade em geral.

06 - ATIVIDADES DAS TÉCNICAS

- Reuniões, quinzenais, da equipe de trabalho de cada CEC, para avaliação e planejamento.
- Encontros bimestrais, em cada Centro, para aprimoramento do corpo técnico.
- Encontros semestrais de uma semana, para todos os envolvidos no Programa de Educação Complementar, na perspectiva do aprimoramento de conhecimentos teóricos necessários para a construção-reconstrução da proposta educacional.
- Divulgação do Programa, na Comunidade.
- Inscrição de interessados, mediante entrevista com os pais, com a respectiva seleção das famílias, respeitando os critérios acima estabelecidos.
- Atendimento aos pais, individualizado e em grupos, através de reuniões, de orientação e encaminhamento para recursos comunitários.
- Visitas domiciliares às famílias dos educandos.
- Atendimento psicossocial individual e/ou em grupos de educandos e familiares.
- Contatos, articulação e integração com escolas, Centros de Saúde e demais equipamentos comunitários.
- Registro de toda e qualquer atividade relativa ao CEC.
- Supervisão direta nos CECs, com visitas semanais e encontros periódicos, visando a orientação no planejamento e desenvolvimento do trabalho, a avaliação constante e a retroavaliação.

7 - RECURSOS

A) - Humanos (necessários para o funcionamento de cada CEC).

01 Coordenador com formação na área social e/ou de educação.

01 Assistente Social (*)

01 Alfabetizador (*)

01 Técnico em Esportes e Lazer (**)

01 - Arte-educador (**)

01 Psicólogo (**)

04 Educadores Sociais I

01 Auxiliar Administrativo (*)

02 Merendeiras

03 Auxiliares de Serviços

Para Supervisão Geral:

01 Assistente Social

01 Pedagogo (*)

Observação: (*) - Embora sejam necessários, no momento, não contamos com os referidos profissionais.

(**) - Nestas áreas, existe apenas um profissional para atender os três CECs.

B) - Físicos

Existem as sedes de 03 CECs, com os devidos equipamentos, porém há necessidade de reformas e ampliações nas mesmas.

C) - Financeiros

- O custo financeiro anual de cada CEC, é de aproximadamente de R\$ 130.013,00.

- As fontes destes recursos são da própria Prefeitura Municipal de Florianópolis e de Convênios.

8- BIBLIOGRAFIA UTILIZADA

a) FREIRE, Madalena

A Paixão de Conhecer o Mundo

b) PROJETO: "CASA DA LIBERDADE"

c) CENPEC - Centro de Pesquisas para Educação e Cultura - Guia de Ações complementares, à Escolar para Crianças e Adolescentes. S.P; 1995.

d) JAPIASSU, Hilton e Marcondes, Danilo, Dicionário Básico de Filosofia, Rio de Janeiro, Jorge Zabar, 1990.

9) RESPONSÁVEIS PELA ELABORAÇÃO DE PROJETO

Kelly Cristina Vieira

Eliete Maria de Lima

André Geraldo Soares

Rita de Cássia Nunes

10) COLABORADORES:

Neli Bet Rangel

Maria Aparecida Napoleão Catarina

Maria Izabel T. O. Pereira

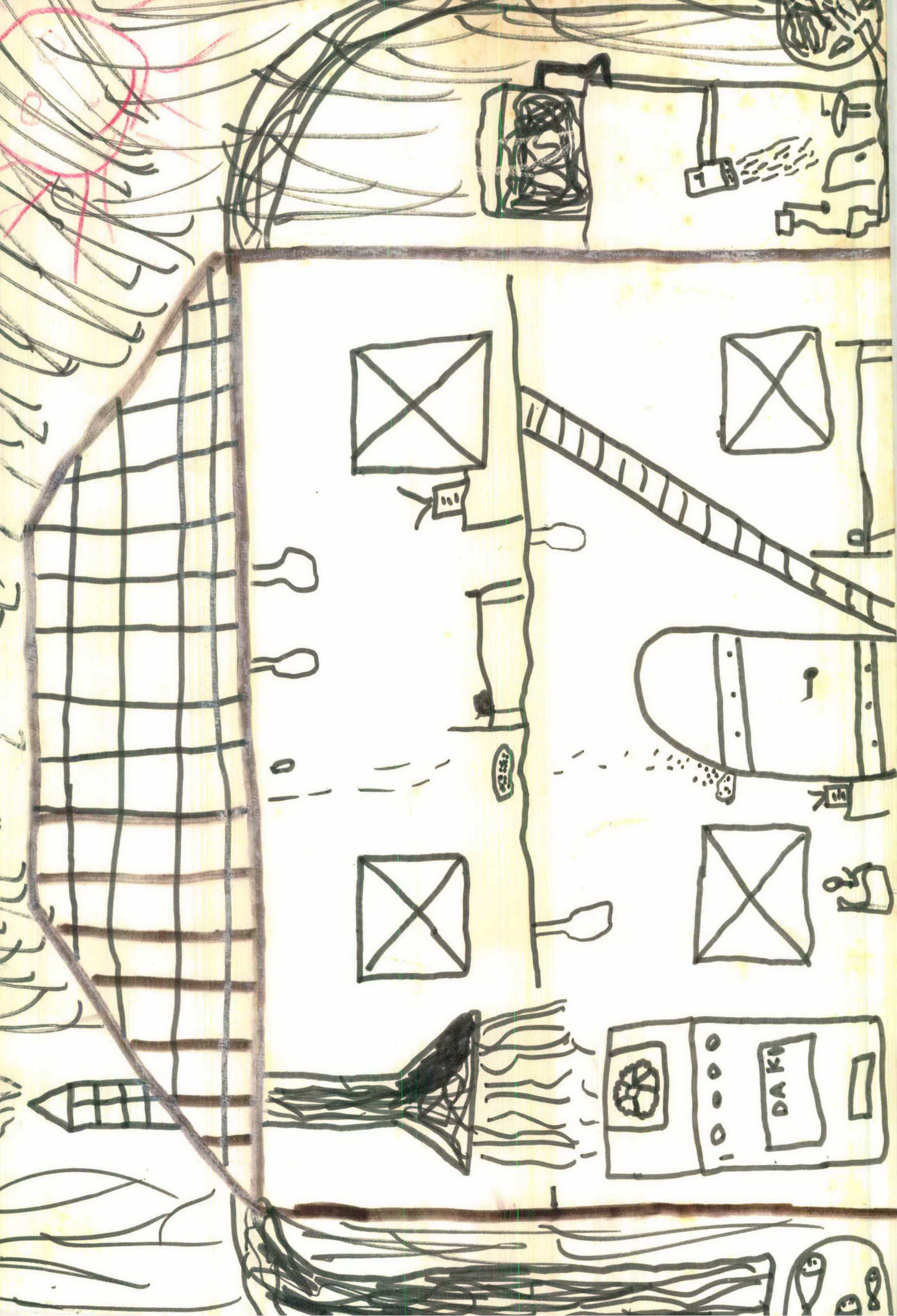
Lilian Keli Rech

Felipe Faria Brognoli

Maria Cristina dos Santos Grando

ANEXO 2

DESENHO DO EDUARDO



ANEXO 3

LEVANTAMENTO INDIVIDUAL - SEXUALIDADE

Como é o pumão.
Como é o Sexo.
Como Se Bota a camisinha.
Como Se Pega ~~aids~~ aids.
Como Se Fais o Sexo.
Como Se Fais o Filho.
nome! Francis.

Que

Macanha

U ~~o~~ que é droga?

CURIOSIDADE.

A AIDS é perigosa por causa de alguma bactéria?

E AS DROGAS como surgem?

ORIGINE

CURIOSIDADE

ad's

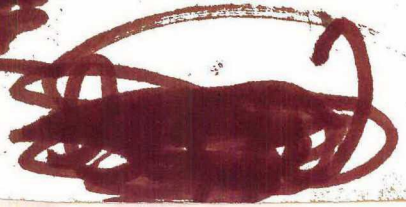
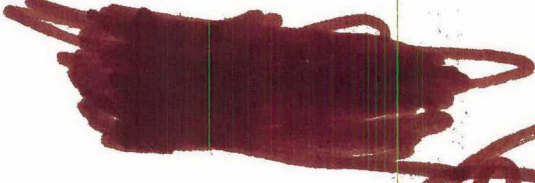
o que é Aides

Rachel

ANEXO 4

TARJAS DE QUALIDADE DO OUTRO

legal cristiano



LEGAL



LEGAL

Rosângela

LEGAL



SILMAYA

legal, bonita, elegante

RACUEL

~~ela~~ ela às vezes ela
é legal às vezes me
chama de macaca

IVÂNIA

IVÂNIA

É
LEGAL

É
BEM BOATINHA

Juliana PELO PRIMEIRO
DIA EU GOSTEI MUITO
DE VOCÊ!

uma amiga muito legal:

CRISTINA

Thais

legal, amiga, Boa, rica.

Daniela

É
LEGAL

Maraiza

BOA, BONITA,
LEGAL,

ANEXO 5

ROTEIRO DE TEATRO

Teatro

Família Atrapalhada e Feliz

Pai: Virgulino

Mãe: Geralda

Filhas: Geraldina e Virgulina

Empregada: Edileuza

Era uma vez uma família atrapalhada. Seu Virgulino, trabalhava na roça. A mãe Geralda ficava em sua cadeira fazendo crochê para vender.

Suas filhas Geraldina e Virgulina iam para a escola a força. Virgulina gostava de dormir e Geraldina de brincar com suas bonecas.

Edileuza era uma empregada atrapalhada e namoradeira, só vivia no telefone namorando. Gostava de ver televisão no seu quarto e não queria saber dos serviços de casa.

V: Chega em casa cansado, com fome e não tem nem comida pronta.

G: Não tenho culpa que esta empregada não faz nada.

E: Não tenho culpa e tá passando novela a esta hora.

V: Onde estão minhas filhas?

G: Uma está no quarto dormindo e a outra está no quarto brincando de boneca.

Edileuza vai fazer o jantar para nós.

V: Edileuza, vá chamar minhas filhas para jantar.

E: Sim senhor, já vou.

Estão todos sentados para jantar.

ANEXO 5A

ROTEIRO DE TEATRO DA CAROL

Teatro

A Família Chata

Filha você é porca você nem limpa o seu solhos.

Filho você nem prica com seus amigos. O seu amigo está te chamando filha você nem fes a comida. Mas tem ipregada mãe! Mais a impregada eu mandei ela para rua. Por que ela não limpava a casa direito. Mais mãe, não enche!

FIM!

Este teatro foi elaborado pela adolescente Carol, sendo que transcrevemos o texto sem alterações, apenas foram feitas as pontuações juntamente com as adolescentes.

ANEXO 6

DESENHO FEITO PELA ANA

YiniHA CASA

DIA: 03/06/94.

